

Медицинская

10 августа 2016 г.
среда
№ 59 (7679)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

События

В зоне особого внимания

Северяне создают все удобства мамам и малышам



В Магаданской областной детской больнице открыли новое отделение патологии новорождённых. Сюда стали переводить маленьких пациентов сразу из родильного дома для дообследования, диагностики заболеваний, лечебных процедур. Сегодня в отделении уже проходят лечение малыши, которые раньше срока появились на свет и требуют к себе особого внимания.

Строительство нового отделения обошлось областной казне в приличную сумму – более 22 млн руб. Около 13,5 млн стоило современное диагностическое и лечебное оборудование,

Один из первых пациентов нового отделения

а также мебель. Здесь установлены новейшие кувезы, реанимационные и системы мониторингования, другая высокоточная техника.

Одно из важных новшеств, по словам медиков, это то, что теперь мамы могут постоянно находиться рядом со своими детьми. Все палаты предназначены для постоянного пребывания взрослого человека. Установлены душевые, сделаны туалеты, размещены кровати, зоны отдыха, есть буфет. Иными словами, для мам созданы все условия для комфортного пребывания. Им даже не нужно выходить из палат в коридор.

Помимо прочего, в конце лета ожидается поступление нового диагностического и лечебного оборудования. Это кровати с подогревом, медицинское оборудование для улучшения быта матерей и персонала.

В этом году в лечебном учреждении планируется открытие отделения общей детской хирургии, которое переведут из областной больницы.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Владимир СЕМЁНОВ,
председатель Общественного совета
при Минздраве России, профессор:
Рейтинг медицинских учреждений по
результатам анкетирования пациентов
может быть составлен в конце 2017 г.



Стр. 4



Александр ШЕВЧЕНКО,
главный специалист
травматолог-ортопед
Минздрава Краснодарского края,
кандидат медицинских наук:

Фраза «Техника безопасности написана кровью» относится к любой сфере нашей жизни, в том числе и к отдыху.

Стр. 5

Юрий БЕЛОВ,
директор Российского научного
центра хирургии
им. Б.В.Петровского, академик РАН:

Имеющиеся в России полтора десятка центров сердечно-сосудистой хирургии не справляются с задачей по оказанию помощи всем больным с патологией аорты.



Стр. 11

В центре внимания

Оздоровительный туризм — это здорово

Оздоровительный туризм – сегодня один из главных факторов развития региона, проинформировал Президента России Владимира Путина на встрече с ним министр по делам Северного Кавказа Лев Кузнецов.

Он доложил о ходе реализации государственной программы развития Северо-Кавказского федерального округа, первый этап которой завершается в 2016 г.

«Кавказ мог бы действительно иметь проекты как федерального, так и регионального уровня, – сказал Л.Кузнецов. – В первую очередь, если говорить о федеральном уровне, это три направления. Первое – это туризм, притом что очень важно, это как зимний туризм, так и санаторно-курортный и медицинский. Учитывая особенности Кавминвод, нашего уникального климата, а также задачу, которую вы поставили в целом о здоровье нации, мы понимаем, что, используя эти уникальные ресурсы, мы можем быть конкурентоспособны как на карте России, так и привлекать ещё и иностранных туристов. При этом у нас ниша не море, где пляжный туризм, а в первую очередь именно здоровье. И здесь статисти-

ка уже сегодня, даже без инвестиций, показывает, что у нас ежегодно по Кавминводам идёт прирост 7–8%».

Основным инструментом реализации общей политики на Кавказе является госпрограмма развития федерального округа, отметил Л.Кузнецов. Первый этап её был направлен на устранение базовых социальных диспропорций, в том числе дефицит объектов здравоохранения, что характеризовалось повышенной смертностью, в первую очередь младенческой. Но с 2014 по 2016 г. в округе уже построено в целом 13 объектов здравоохранения.

«Демография всегда была нашим козырем, позитивной, она и такой остаётся, – подчеркнул министр. – Но очень важно, что позитивная демография достигается не только высокой рождаемостью, но и резко сокращающейся смертностью населения, как я сказал, в первую очередь детской смертностью. По ней мы отставали от всероссийских показателей очень серьёзно, если в 2012 г. был коэффициент 14,7, то уже в 2015-м мы имеем 10,3, и сейчас, за первый квартал, у нас ещё лучше показатели – уже 9,5».

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

Летят как на крыльях

В правительстве Томской области высоко оценили работу региональной службы скорой медицинской помощи. На заседании областной комиссии по обеспечению безопасности дорожного движения заместитель губернатора по вопросам безопасности Игорь Толстоносов отметил, что в большинстве случаев время доезда бригады «скорой» к месту ДТП не вызывает претензий.

Так, в 2015 г. бригады скорой помощи выезжали на дорожно-транспортные происшествия 1604 раза. В 97% ситуаций врачи были на месте аварии менее чем через 20 минут после получения вызова. Это выше целевого индикатора в 92%. Из 749 пострадавших, которые были госпитализированы за минувший год, 440 человек – это 59% – были доставлены «скорой» с места ДТП в стационар в течение ближайшего часа.

Томск.

Как подчеркнули в Департаменте здравоохранения Томской области, к месту дорожных аварий здесь всегда одновременно выезжают две бригады – ближайшая общепрофильная и специализированная реанимационная. Такая организация позволяет оптимизировать время на оказание помощи пострадавшим и их транспортировку к месту лечения.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.

Новости

Внимание, лихорадка Рифт-Валли

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека после случая завоза лихорадки Рифт-Валли в Китай просит россиян, собирающихся в отпуск, уточнить у туроператоров эпидемиологическую обстановку в странах с экваториальным и тропическим климатом.

Роспотребнадзор информирует о случае заболевания лихорадкой Рифт-Валли 45-летнего гражданина Китая, вернувшегося из Анголы. Мужчина госпитализирован, состояние пострадавшего оценивается как критическое.

В России в течение последних 10 лет регистрировались единичные завозные случаи инфекции, отмечает ведомство. Однако в научно-исследовательских организациях имеются тест-системы для лабораторной диагностики заболевания, а также разработаны методики действий специалистов при подозрении на эту инфекцию.

Лихорадка Рифт-Валли относится к особо опасным инфекциям, информация о которых должна быть обязательно предоставлена во Всемирную организацию здравоохранения.

Человек заражается при употреблении инфицированного молока, а также при укусе комаров и мух. Заболевание может протекать в лёгких и тяжёлых клинических формах с высокой летальностью. От человека к человеку лихорадка Рифт-Валли не передаётся.

Иван ВЕТЛУГИН.

Готовится реестр санаториев

1200 санаторно-курортных учреждений России войдут в электронный реестр, который создаст до конца 2016 г. Национальная курортная ассоциация с привлечением специалистов курортного дела и врачей.

Реестр будет размещён на портале Ростуризма, чтобы отдыхающие смогли выбрать подходящий курорт, рассказал руководитель Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, президент Национальной курортной ассоциации Александр Разумов. По его словам, зайдя в этот раздел, туристы смогут получить полную информацию об учреждении и курорте: где он расположен, какими природно-лечебными ресурсами обладает, каков уровень сервисного обслуживания.

Такой реестр, добавил А.Разумов, в первую очередь нужен для здоровых туристов, которым не требуется санаторно-курортная карта. Касаясь цен, он отметил, что сейчас стоимость пребывания одного человека в хорошем, комфортабельном санатории на 12 или 16 дней колеблется от 70 до 80 тыс. руб.

Член правления Российского союза туриндустрии Георгий Мохов также указывает, что реестр санаториев – это, в первую очередь, информационный ресурс. При этом в нём можно будет проверить легальность и реквизиты санатория, качество и перечень услуг, получить представление о санаторных учреждениях и о регионе.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

Москва.

Победы на важных направлениях

Основные показатели работы системы здравоохранения в Республике Тыва улучшаются.

Так, показатель младенческой смертности по итогам первого полугодия 2016 г. снизился на 18% и составил 11,8 промилле. И хотя до среднероссийского (6,5 промилле) и среднего по Сибирскому федеральному округу (7 промилле) уровней региону ещё далеко, тем не менее, можно говорить об очень серьёзном прорыве тывинских медиков. Есть сельские районы, где с начала года не зарегистрировано ни одного случая младенческой смертности.

Также, по данным Минздрава Тувы, сохраняется тенденция к снижению детской смертности: за 6 месяцев текущего года он отступил на 22%. А показатель материнской смертности, которые впервые был обнулён в 2013 г., до сих пор держится на нулевой отметке.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Товары для здоровья

В Омске открылся специализированный социальный центр «Доступная среда». На 100 м² разместилось более 1000 специализированных товаров, среди которых одежда и обувь для людей с ограниченными физическими возможностями, средства реабилитации, товары для здоровья.

Также в новом учреждении планируется предоставление услуг проката средств реабилитации и изготовление обуви по индивидуальному заказу. Как считает советник отдела организации оказания специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Омской области Светлана Стельмак, есть ситуации, когда средства реабилитации, ортопедические средства приобретаются на определённое короткое время и, в дальнейшем, человеку могут не понадобиться. Для таких людей в центре предусмотрен прокат.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

Омск.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!
(inform@mgzt.ru)

Современные технологии

Проникая глубоко в ткань

Новый метод уничтожения метастазов на деле

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте (РНИОИ) Минздрава России начали применять новый метод лечения онкологических больных с запущенными формами рака органов брюшной полости. Технология позволяет уничтожать отдельные раковые клетки, способные вызвать рецидив заболевания.

При запущенных стадиях рака органов брюшной полости (колоректальный рак, рак желудка, яичников, аппендикса, печени, первичный рак брюшины) злокачественная опухоль может выходить за пределы одного органа. В этом случае после операции в организме могут оставаться микроскопические злокачественные клетки. Они способны крепиться к сосудам, крови, лимфе, тканям любого органа, стать причиной рецидива заболевания и привести к летальному исходу. Избавиться от них не позволяет даже постоперационная химиотерапия. Решить проблему помогает внутрибрюшинная гипертермическая химиоперфузия.

Во время операции после удаления опухоли для разрушения свободных злокачественных клеток пациенту промывают брюшную полость горячим раствором противоопухолевого лекарственного препарата. Таким образом, клетки вымываются потоком циркулирующей жидкости и уничтожаются



лекарством. Повышенная температура раствора позволяет химиопрепарату проникать глубоко в ткани и вызывает гибель раковых клеток.

– Эта методика используется в клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, нескольких крупных центров в регионах. На Юге России наш институт первым внедрил эту технологию. Было закуплено оборудование, прошли обучение врачи. В течение месяца мы провели процедуру семи пациентам, – отметил Олег Кит, директор РНИОИ, доктор медицинских наук, профессор. – Ранее метод применяли как

вид паллиативной помощи пациентам с запущенными стадиями рака. Сегодня мировая медицина говорит о пятилетней выживаемости онкобольных с тяжёлыми формами заболевания после проведения данной процедуры.

Внутрибрюшинная гипертермическая химиоперфузия назначается пациентам строго по показаниям и выполняется за счёт средств из федерального бюджета.

Алла МЫСНИК,
внест. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Санитарная зона

За опасных насекомых взялись всерьёз

Активность клещей, 2,9% из которых являются в настоящее время переносчиками клещевого энцефалита, в большинстве регионов РФ снижается, сообщили в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Большой процент заражён боррелиями – 7,2%. Всего, по данным ведомства, в медучреждения из-за присасывания клещей в

этом году обратились более 400 тыс. россиян. Это на 11% меньше, чем за тот же период 2015 г.

Для защиты от клещей в этом году в стране обработано 148 тыс. га в парках и зонах отдыха (в 2010 г. – 50 тыс. га). Низкую активность клещей и других насекомых специалисты объясняют установившейся жаркой погодой.

Тем не менее, в рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий специалистами Роспотребнадзора во всех субъектах РФ сформированы и

продолжают реализовываться планы по предупреждению распространения инфекционных заболеваний, передающихся с укусами насекомых, ведётся контроль за проведением и эффективностью акарицидных обработок. В каждом регионе в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения и их филиалах открыты пункты по приёму и проведению исследований клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого вирусного энцефалита и боррелиями (возбудителями боррелиоза). Адреса лабораторий для проведения исследования клещей и информационные памятки для населения о правилах индивидуальной защиты при посещении лесных массивов размещены на сайтах территориальных Управлений Роспотребнадзора.

Роспотребнадзор проводит работу с населением по профилактике инфекций, передающихся с укусами клещей. В течение сезона с участием специалистов ведомства на федеральных и региональных телеканалах вышло более 950 сюжетов, опубликовано свыше 6400 информационных сообщений по предупреждению распространения инфекций, передающихся с укусами насекомых.

Ситуация остаётся на контроле Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Валентин МАЛОВ,
МИА Cito!



В парках и зонах отдыха для защиты от клещей идёт активная обработка территории

В центре внимания

Не допустить необоснованного роста цен на лекарства

Федеральная антимонопольная служба проанализирует до 15 сентября цены на лекарственные препараты, обращающиеся на российском рынке, в том числе включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, сравнит с ценами на аналогичные препараты на мировом рынке.

Такое поручение дано Федеральной антимонопольной службе Президентом РФ Владимиром Путиным по итогам совещания с членами правительства, состоявшегося 14 июля 2016 г. Федеральная служба проверит также, обоснованы ли затраты российских фармпроизводителей с учётом мировых цен на сырьё и компоненты.

Чтобы не допустить необоснованного роста цен на лекарства Минздраву России с участием Минпромторга, Минэкономразвития и ФАС поручено представить в Правительство РФ предложения по организации контроля за проведением закупок лекарственных

препаратов для государственных и муниципальных нужд, включая мониторинг обоснованности цен на них. Кроме того, должны быть разработаны меры по снижению издержек российских производителей, связанных с обращением лекарственных препаратов на рынке.

Кроме того, Правительство РФ внесло в Госдуму подготовленный Минздравом России законопроект, направленный на совершенствование регионального государственного контроля за применением цен на лекарственные препараты. Федеральный закон «О внесении изменения в статью 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» позволит исключить правовую неопределённость и неоднозначное толкование термина «фактическая отпускная цена» при проведении регионального государственного контроля за применением этих цен.

Правоприменение органами исполнительной власти субъектов Федерации норм части 2 статьи 63 и части 4 статьи 61 этого закона выявило при проведении

регионального контроля в сфере государственного регулирования цен на лекарственные препараты неоднозначное толкование термина «фактическая отпускная цена».

В соответствии с частью 2 статьи 63 лекарственный препарат реализуется организациями оптовой и розничной торговли по цене, не превышающей сумму фактической отпускной цены (устанавливается производителем лекарственного препарата) и оптовой и (или) розничной надбавок.

В соответствии с частью 4 статьи 61 лекарственный препарат реализуется такими организациями по цене, которая с учётом оптовой и розничной надбавок не должна превышать фактическую отпускную цену, что противоречит части 2 статьи 63.

В связи с этим в части 4 статьи 61 Федерального закона № 61-ФЗ исключается норма о порядке реализации лекарственных препаратов организациями оптовой и розничной торговли.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Опрос

Доступность и качество современной медицины россияне в среднем оценивают на 2,7 и 2,6 балла соответственно из 5 возможных. Это показал опрос известного исследовательского центра, в котором участвовали 1600 человек из всех регионов страны.

Как сегодня лечат в России

Чаще других считают, что за последнее десятилетие медицина в стране улучшилась респонденты, которым 25-34 лет (36%) и с доходом от 45 тыс. руб. в месяц (30%). 28% респондентов уверены, что эта сфера добилась определённого прогресса: «Появились новые методы лечения и диагностики», «Многие анализы делают быстрее».

В то же время, как показал опрос, каждый третий (33%) считает, что нынешняя медицина хуже той, что была 10 лет назад: «Медицина сейчас, в основном, платная, но найти хорошего врача с каждым годом всё сложнее и сложнее». Хорошие оценки доступности медицины чаще всегоставляла молодёжь: средний балл в возрастной категории до 24 лет самый высокий – 3. Старшее поколение поставило больше всего отрицательных отметок – в среднем 2,5 балла. В оценках качества медпомощи молодёжь

вновь оказалась более лояльной, чем старшее поколение: 2,8 против 2,4 баллов.

Каждый пятый (22%) не видит существенных изменений в медицине: «Если взять все показатели, то, в среднем, она осталась на прежнем уровне: если улучшилось качество лекарств и оборудования, то ухудшилось отношение к больным и очень сильно».

С критикой же чаще выступали россияне старше 45 лет (45%). Среди наиболее часто критикуемых недостатков современной медицины, названных респондентами, – большие очереди, трудности с записью на сложные исследования, в том числе МРТ и КТ, а также просто на приём, нехватка квалифицированных врачей, навязывание платных обследований, услуг и дорогих лекарств.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Систему здравоохранения упорядочат

В Министерстве здравоохранения Хабаровского края определили задачи, которые должны быть решены в отрасли до 2018 г. Так, одним из важнейших направлений в работе станет охрана здоровья матери и ребёнка. В регионе будет создана трёхуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым.

Она начнёт выстраиваться после ввода в строй третьей очереди перинатального центра, внесения корректировок в логистику оказания медицинской помощи, работу скорых бригад, сообщили в пресс-службе губернатора и Правительства Хабаровского края.

«Большая роль в усовершенствовании системы оказания медицинской помощи населению также отводится информатиза-

ции отрасли. За последние годы сделано немало. Внедрены системы, к которым подключены все государственные медицинские учреждения края, 85% врачей уже работают на автоматизированных рабочих местах, организована электронная запись на приём к специалистам. К 2018 г. мы планируем подключить большую часть медучреждений края к единой государственной информационной системе здравоохранения, внедрить единую электронную медицинскую карту, полностью перейти на электронный документооборот», – отметил Александр Витько, министр здравоохранения Хабаровского края.

Он также добавил, что у каждого жителя края будет возможность создать на медицинском портале «личный кабинет», в котором можно будет записаться на приём к нужному специалисту, вызвать

врача на дом, просмотреть собственную медицинскую карту, получить информацию по здоровому образу жизни и другим важным вопросам.

В медучреждениях региона также будут внедряться новые подходы к прогнозированию болезней, индивидуальной профилактике и лечению.

По новому заработают страховые медицинские организации, которые должны стать реальными защитниками прав пациента. Страховые представители будут обеспечивать информационное сопровождение жителей края на всех этапах оказания медицинской помощи. Уже сейчас в страховых компаниях региона созданы круглосуточные горячие линии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Решения

Кому работать с наркотиками

Минздравом России разработан Порядок выдачи справки об отсутствии заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом у работников, которые, в соответствии со своими трудовыми обязанностями, должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, прекурсорах этих средств и веществ или культивируемым наркосодержащим растениям.

Проект приказа направлен на противодействие незаконному обороту наркотических средств и разработан в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

Так, указанные в документе категории граждан имеют доступ к наркосодержащим препаратам и растениям и им, в соответствии

с действующим законодательством, требуется отдельный порядок, который предусматривает ряд специальных медицинских исследований и осмотр врачом-психиатром-наркологом.

К исследованиям относятся: определение наличия психоактивных веществ в моче и качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина в сыворотке крови (при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом).

Проектом приказа предусматривается выдача государственными медицинскими организациями справки работникам по месту жительства либо по месту пребывания.

Соб. инф.

Криминал

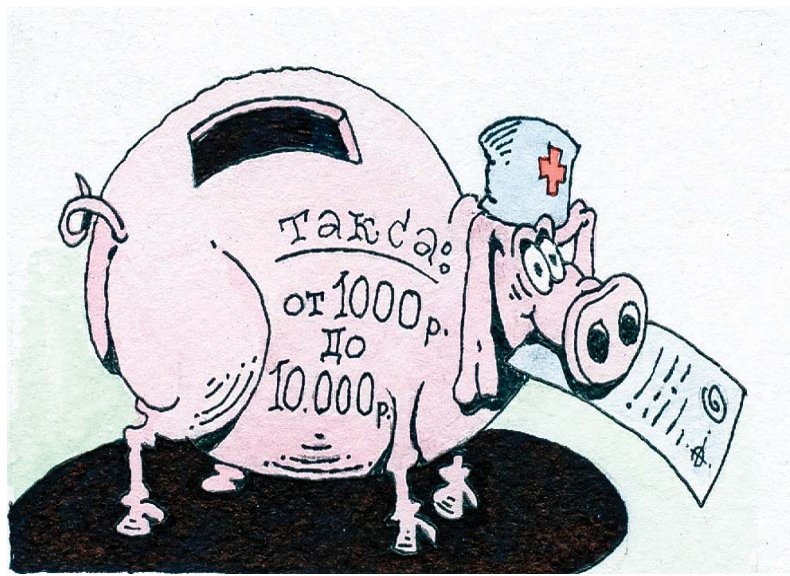
Четырнадцать эпизодов взяточничества выявлено и доказано следователями в отношении врачей бюро № 9 (Починковский район) Главного бюро медико-социальной экспертизы по Смоленской области Галины Токаревой, Александра Романенко и Галины Басургиной.

Преступная группа из лидера и двух экспертов, по мнению следствия, образовалась не позднее конца 2011 г. Размеры вымогательских поборов были дифференцированными. Для «симулянтов», тех, кому для социальных льгот нужна была мнимая инвалидность, они составляли от 5 до 10 тыс. руб., для тех же, кто реально, по состоянию здоровья, претендовал «на группу», но боялся бюрократической волокиты, сумма была ниже: 3, 2 и даже 1

Хочешь пенсию по инвалидности — давай взятку?

тыс. О системе тихого вымогательства говорил весь Починок. И оперативники установили в кабинете, где заседала комиссия, видеонаблюдение. Видеозаписи стали более чем весомым доказательством приложением к показаниям вымогателей, которые, дабы избежать уголовного преследования, вынуждены были давать показания.

В итоге предварительного и судебного следствия эксперты и их лидер были уличены в получении взятки по предварительному сговору и делёжке денег. Всего доказано получение взятки на общую сумму почти в 60 тыс. руб. По приговору с учётом штрафных санкций с Токаревой взыскивается 140 тыс. руб., она



приговорена к 6 годам лишения свободы (условно) с испытательным сроком в 5 лет, 3 из которых не имеет права занимать должности в государственных экспертных учреждениях, Романенко и Басургина приговорены к штрафу по 110 тыс. руб. каждый (пятнадцатикратная сумма доказанных взятки), пяти с половиной годам условного лишения свободы, с таким же испытательным сроком. Суд учёл пенсионный возраст подсудимых, состояние здоровья, их раскаяние и избрал меру наказания без изоляции от общества.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

На основании полученных результатов будет формироваться рейтинг лечебных учреждений, который поможет пациентам выбрать лучшую клинику. В этой работе самое активное участие принимает Общественный совет при Министерстве здравоохранения РФ. Корреспондент «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН решил задать ряд вопросов председателю совета, главному врачу Института коронарной и сосудистой хирургии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Минздрава России, профессору Владимиру СЕМЁНОВУ.

— Владимир Юрьевич, Общественный совет при Минздраве России ответственен за создание в нашей стране системы независимого мониторинга качества медицинской помощи. Расскажите немного подробнее, как он проводится?

— Контроль качества медицинской помощи специалистами существует уже несколько десятилетий. Сегодня речь идёт о независимой оценке со стороны пациентов. Президент РФ в 2012 г. дал поручение о введении новой системы. Выполняя его, Министерство здравоохранения РФ издало соответствующие приказы. Очевидно, что сам пациент оценить результаты лечения не может. Даже доктор, являющийся специалистом в одной из областей медицины, будет в большом затруднении, если ему доверят анализировать правильность диагностики и лечения заболевания, которое относится к компетенции другой врачебной специальности. Кроме того, медицина быстро меняется, ведутся научные исследования, внедряются технологии, которые ещё совсем недавно выглядели фантастическими. Но пациент вполне может высказать своё мнение о современных условиях оказания ему медицинской помощи.

Работа началась в 2014 г. По её результатам были издан приказ Минздрава России № 240 от 14.05.2015. Я считаю, что в нём детально, содержательно и конструктивно прописан регламент проведения экспертизы в новом формате. Таким образом, был создан методический инструмент для проведения независимого мониторинга, который «заточен» на понятные каждому моменты: насколько внимателен и доброжелателен был персонал, выполнялись ли все исследования и назначения вовремя или с задержкой, предоставлялась ли необходимая правовая информация, как можно охарактеризовать санитарные условия.

— В нём участвуют только поликлиники или в стационарах также могут заполнять соответствующие анкеты?

— Да, экспертиза проводится

Авторитетное мнение

Пациент ставит оценку

Анкетирование направлено на улучшение качества медицинской помощи



в отношении медицинских организаций, оказывающих как поликлиническую, так и стационарную помощь. Но ещё предстоит подключить к этой системе службы скорой и паллиативной помощи, службу крови и некоторые другие. Сейчас разрабатываются вопросы, которые можно было бы задать гражданам в отношении этих служб. Составить их не так просто. Например, при сдаче крови не система здравоохранения приходит на помощь гражданину, а наоборот, донор сам приезжает на станцию переливания крови с желанием помочь совсем незнакомым ему людям.

— А могут ли частные медицинские организации, не участвующие в выполнении программы государственных гарантий, включиться в систему независимой оценки качества?

— Система является открытой. Соответственно, любая медицинская организация, если ею будет это востребовано, может подключиться и участвовать в мониторинге, сравнить свои результаты с оценками других клиник, которые работают в системе государственных гарантий. Для этого достаточно обратиться в органы управления здравоохранением или в общественные советы региональных министерств, чтобы получить в электронном виде специальную анкету, которая утверждена приказом Минздрава России. Разместить её на сайте частной клиники. Это можно сделать и сейчас, как говорится, было бы желание.

Другое дело лечебные учреждения, которые участвуют в выполне-

нии программы государственных гарантий. Они обязаны проводить такой мониторинг по приказу Минздрава России.

— Вы уже сказали, что специалист и пациент находятся в разных «весовых категориях». Врач знает о болезни принципиально больше рядового больного. На ваш взгляд, насколько всё-таки важна психологическая атмосфера и комфорт пациентов при диагностике и лечении? Не получится ли так, что вместе с водой выплеснут и ребёнка, то есть главным станет, как в крылатом выражении про такси: «шашечки, а не желание быстро добраться до дома»?

— Я считаю, что пациентская и профессиональная оценка должны сочетаться. Уточню, что единая система мониторинга качества медицинской помощи во всех лечебных учреждениях только разрабатывается. Минздрав России уделяет этому вопросу много внимания, поскольку качество медицинской помощи — принципиально важный вопрос. И повысить его, действительно, можно опираясь на клинические рекомендации (протоколы лечения) и порядки оказания медицинской помощи. Сейчас в Минздраве России обсуждается новый проект приказа о проведении такой экспертизы по чётким правилам и конкретным критериям. Рассматривать его придётся уже новому составу Общественного совета министерства, который сейчас формируется. И это довольно трудная работа, учитывая, что качество лечения надо оценить при различных нозологиях.

— Как реагируют организаторы здравоохранения на непочётное решение — признать их больницы и поликлиники, по мнению пациентов, отстающими? Существуют ли какие-то стимулы, чтобы регионы и лечебные учреждения стремились стать победителями мониторинга?

— Говорить о том, что уже составлен пациентский рейтинг лечебных учреждений, нельзя. По программе, которая сейчас реализуется, все медицинские учреждения, работающие в системе государственных гарантий, получают первую оценку в течение 2015-2017 гг. В настоящее время в Общественный совет Минздрава России поступило для обработки всего 70 тыс. анкет. В основном, электронных, которые анализирует созданная компьютерная програм-

ма. Этого крайне мало (учитывая, сколько россиян обращается в лечебные учреждения за медицинской помощью), чтобы составить репрезентативную выборку. Соответственно, будет безосновательным утверждать, что поликлиника, например, А лучше по оценкам пациентов, чем В, а С является вообще победителем рейтинга в нашей стране. Думаю, что такой документ не удастся составить раньше конца 2017 г.

Единственное, что мы смогли сделать в отношении всех подведомственных министерству медицинских учреждений — оценить в 2014 г. с точки зрения информации для пациентов их сайты. То есть, насколько они соответствуют тем требованиям, которые предъявляются нормативными документами к медицинским организациям. Это позволило их ранжировать. В результате, в большинстве случаев сайты были дополнены необходимыми сведениями и анкетами, что контролировалось членами совета в 2015 г. и продолжалось в 2016-м.

Хочу напомнить, отвечая на вторую часть вашего вопроса, что значение слова «стимул» появилось от названия острого кончика на шесте, которым пользовались, чтобы заставить быка, запряжённого в повозку, двигаться быстрее. Уверен, что для нормального руководителя «попадание» его лечебного учреждения в нижний раздел списка-рейтинга заставит задуматься, почему это произошло. Ведь каждый главный врач не лишён, в хорошем понимании этого слова, профессиональных амбиций. Безусловно, он будет стараться, стремиться к тому, чтобы вверенная ему клиника выглядела если не лучшей, то, по крайней мере, была «на хорошем счету». Поэтому не думаю, что потребуются какие-то специальные награды и премии. Попадание в нижние строчки мониторинга будет в прямом смысле обладать тонизирующим эффектом, заставляющим коллектив лечебного учреждения улучшать показатели своей работы.

— На ваш взгляд, нуждается ли внедрённая система мониторинга в дальнейшем совершенствовании?

— Конечно, какая-то коррекция её неизбежна. Мы уже вносили изменения в приказ Минздрава России о проведении независимой оценки. Серьёзно были доработаны вопросы анкеты для пациентов. Изменилась форма оценки сайтов.

Не думаю, что сейчас нужно что-то менять, поскольку сопоставлять можно сравниваемое. Нельзя оценить, что лучше: круглое или жёлтое. Поэтому нужно дожидаться конца 2017 г., когда все медицинские организации, участвующие в реализации программы госгарантий, будут оценены по единой методике, и тогда решать, нуждается ли система в переменах.

— Почему пациенты ещё не очень активно пользуются возможностью высказать своё мнение о лечебных учреждениях?

— Любая система, как самолёт при взлёте, нуждается в каком-то времени для полноценного старта. Скажу честно, если пациенты каких-то поликлиник или больниц недостаточно активно заполняют анкеты, то задействуется административный ресурс. Распечатываются анкеты на бумажном носителе и раздаются пациентам для заполнения в анонимном формате. Затем они направляются в соответствующий Общественный совет. Я хочу воспользоваться возможностью и через «МГ» призвать коллег: объясняйте пациентам, что у них есть право высказать свою оценку работы поликлиники или больницы — для этого надо заполнять анкеты. Чем больше их будет отправлено, тем более объективная картина будет получена.

Кстати, интересный факт, всего 7% пациентов, заполнивших анкеты, написали, что воспользовались в лечебных учреждениях платными услугами.

— Может, стоит поручить подобную разъяснительную работу страховым поверенным, которые появились в лечебных учреждениях с 1 июля...

— Как профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, я читаю лекции курсантам, которым предстоит руководить этими специалистами страховых медицинских организаций. И всегда обращаю внимание на необходимость участия пациентов в независимой оценке качества медицинской помощи. Мне кажется, представители СМО прекрасно понимают важность этого раздела работы. А потому обязательно проинформируют пациентов о возможности высказать своё мнение о поликлинике или больнице, в которой они прошли лечение.

Инициатива

Здоровье ценишь — давление проверишь

В Омске стартовала гуманитарная медицинская акция

На специально оборудованных площадках Центрального и Октябрьского округов специалисты Центра медицинской профилактики Омской области, которым руководит опытный врач анестезиолог-реаниматолог Вероника Бастрыгина, у омичей, независимо от их возраста, не только проверяли артериальное давление. Их ещё информировали о правилах его контроля, показывали, как заполнять дневники с показаниями, дарили памятки о здоровом образе жизни и о том, что необходимо предпринять при угрожающих состояниях. Таких, например, когда проявляются признаки инсульта и инфаркта. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, увы, лидирует и в Прииртышье, как и во всём мире.

В первый день акции «Узнай своё давление» бесплатной профилактической медпомощью воспользовались 488 омичей. В основном, люди среднего и пожилого возрастов. Состояние 139 из них встревожило специалистов Центра медицинской профилак-

тики, и им рекомендовали обратиться к врачам-терапевтам в поликлиники по месту жительства. Более тщательное обследование покажет, необходимо ли лечение у кардиолога.

Акция «Узнай своё давление» будет проводиться долго. К слову,

она уже становится привычной для жителей Омска, потому что проходила в прошлом году. С середины лета по декабрь 2015-го давление не только омичей, но и жителей сельских районов Омской области контролировали в рамках плана мероприятий так называемой дорожной карты по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний. И тогда же на 40 % увеличилась первичная выявляемость артериальной гипертензии, ежегодно уносящей, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, почти 9,4 млн жизней на нашей планете.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Омичи не игнорируют предложение медиков проверить давление

Известный афоризм: «Упал, потерял сознание, очнулся – гипс», к сожалению, всё ещё актуален. Любой травматолог подтвердит, что часто даже самые страшные и тяжёлые травмы и ранения получаются за доли секунды и пациент не всегда может объяснить, как это могло произойти... Чтобы предотвратить подобные случаи, поговорим о профилактике с травматологами. Главный специалист травматолог-ортопед Минздрава Краснодарского края Александр ШЕВЧЕНКО и заведующий отделением травматологии больницы скорой медицинской помощи ТКАЧЕНКО поделились наблюдениями и выводами о наиболее частых травмах сезона.

– Александр Валентинович, с какими повреждениями наиболее часто вам приходится сталкиваться?

– Конечно, у всех на слуху – автодорожные происшествия. По тяжести причинённых травм они занимают первые места. Даже по личному опыту: например, у меня в год примерно 150-200 пациентов, которых оперирую после ДТП. И добрая половина забывают в автомобиле использовать ремни безопасности. А это и гарантия спасения жизни, и серьёзная возможность миновать тяжёлые травмы.

Кроме того, в летний период к нам попадают люди с «синдромом ныряльщика» (перелом позвоночника в результате падения в воду головой вперёд). Так что советую перед тем, как прыгать в незнакомый водоём, ознакомиться с его глубиной и чистотой дна. Бывало, что люди, например, не замечали плывущего внизу человека и падали прямо на него. В результате оба были госпитализированы.

К тому же важно понимать, что пляжные развлечения: катание на гидроциклах, «бананах», полёты с парашютом, привязанным к катеру – могут закончиться как синяками, ушибами, так и серьёзными переломами, черепно-мозговыми травмами. Перед подобными развлечениями ни в коем случае никогда не следует пренебрегать соответствующим инструктажем! Обязательно нужно надеть спасательный жилет, и вести себя спокойно во время катания. Лучше перестраховаться и задать инструкторам больше вопросов о технике безопасности, не боясь выглядеть занудой перед друзьями, чем потом пролежать остаток лета на больничной койке.

Один из моих пациентов не слишком внимательно слушал, как правильно пользоваться «тарзанкой», и во время полёта схватился за канат. Как результат – тяжелейшие травмы обеих рук, испорчен-

Если говорить в целом, большинство случаев – всё же примеры простой человеческой неосмотрительности и излишней самоуверенности, мол, «со мной-то ничего не произойдёт»: прыгают в мелководье, неудачно открывают шампанское, получая ушибы глаз... Да, мы делаем всё возможное, чтобы вернуть пациентов

его соблюдение – это уже ваша обязанность. Особенно, если вы заботитесь не только о себе, но и о своих детях.

Нужно всегда быть настороже. Острые, горючие, химически опасные предметы должны храниться в недоступных для детей местах. Ради здоровья малышей нельзя пренебрегать даже тем,

жёлыми сочетанными повреждениями: закрытая травма груди, живота, позвоночника, костей таза и проксимального отдела бедра. Как правило, такие переломы осложняются сопутствующими заболеваниями, и лечение проходит дольше.

– А с чем молодёжь к вам поступает?

– Молодёжь обычно падает с более значимых высот. Буквально на днях в нашу клинику доставлен молодой человек. Находясь в гостях, он решил поправить москитную сетку и внезапно сорвался с высоты 12-го этажа. Доставлен бригадой СМП в критическом состоянии: сочетанная травма головы, позвоночника, перелом 3 поясничного позвонка, внутрисуставной оскольчатый перелом.

Мы оказали ему всю необходимую медпомощь, прооперировали и теперь его жизни уже ничего не угрожает. Но впереди длительный процесс реабилитации. Только за прошлый год в крае зарегистрировано более 400 тыс. случаев травматизма. Получены они были при самых разных обстоятельствах, но причина большинства – неосторожные и необдуманные действия самих пострадавших. В арсенале кубанского здравоохранения сегодня целая сеть травмоцентров различного уровня, высококвалифицированные специалисты, современное оборудование. Но зачем доводить себя до состояния, когда потребуются экстренная или высокотехнологичная помощь?

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Акценты

Предупреждая беду

Простые правила, которыми зачастую пренебрегают отдыхающие, дорого обходятся их здоровью



У травматологов всегда много работы

ный отпуск, реабилитационный период.

Другая моя пациентка каталась на квадроцикле, хотя никакого опыта вождения не имела. Теперь она даже толком сказать не может, из-за чего техника перевернулась, только «в какой-то момент меня выбросило», «кажется, наехала на что-то». Сейчас у неё тяжёлый перелом бёдер, а значит, ближайшие полгода будет на больничном. Таких пациентов у нас всегда много, за лето примерно 5-6 человек безуспешно стараются обуздать квадроцикл.

к полноценной жизни, но шумный отпуск всё равно чреват долгими неделями лечения.

Проще говоря, важно обращать внимание на всё, что мы привыкли считать мелочью: пристёгивать автомобильные ремни, надевать спасательные жилеты, аккуратно обращаться с опасными предметами...

Верно ведь, что фраза «Техника безопасности написана кровью» относится к любой сфере нашей жизни, в том числе и к отдыху. И если в обязанности организатора входит инструктаж, то

что кажется таким очевидным: окончив, к примеру, гладить, ни в коем случае не оставляйте утюг на гладильной доске, запаситесь специальными блоками, чтобы ребёнок не мог проникнуть в шкаф, холодильник или духовку. Если малыш сильно травмировался, появилась большая шишка или рана – необходимо немедленно обратиться в ближайшую больницу. Сотрясение мозга – закрытая и довольно опасная травма. Не стоит надеяться на авось.

И ещё – дети ни в коем случае не должны находиться одни рядом с открытыми окнами и москитными сетками! Не оставляйте детей одних дома! Сетки зачастую плохо закреплены и стоят на неё облокотиться – ребёнок выпадет из окна. В большинстве случаев это мгновенная смерть. Спасти таких детей уже невозможно!

– Евгений Анатольевич, какие травмы вы бы назвали исключительно летними?

– Летом в отделение нашей клиники очень часто попадают пострадавшие с кататравмой – падение с высоты. Причём это как романтики, гуляющие по крышам, так и спортсмены-экстремалы, и садоводы-любители преклонного возраста. Как ни странно, последних большинство. Увлёкшись сбором урожая, теряют бдительность, забывают об опасности и оказываются в больнице с тя-

Ситуация

В Сургуте (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра) прошёл «круглый стол» на тему эффективного сотрудничества бизнеса и власти в сфере здравоохранения с целью развития.

Встреча организована Комиссией Общественной палаты Югры по экономическому развитию, поддержке предпринимательства и социальной ответственности бизнеса. В ней приняли участие представители Департамента здравоохранения округа, территориального фонда ОМС, представители бизнеса, реализующие проекты в сфере здравоохранения.

Открывая заседание, председатель комиссии Ольга Сидорова акцентировала внимание на основных вопросах в данной сфере: «Насколько сегодня всё, что сделано в автономном округе, актуально? Не даёт ли это сдерживающих факторов для развития? Только ли меняя федеральное законодательство, мы добьёмся высоких результатов в сфере здравоохранения?».

Сегодня в автономном округе количество негосударственных компаний в сфере здравоохранения растёт, и они готовы участвовать в системе обязательного медицинского страхования. Но на пути вхождения в эту систему существует ряд проблем, которые не всегда удаётся преодолеть, что заставляет задуматься, стоит ли в неё входить. Одной из таких проблем является низкий объём финансирования частных клиник.

Барьеры на привлекательном маршруте

Бизнес и власть ищут точки соприкосновения

Руководитель одной из них Артур Салмияров отметил: «На стартовом уровне существует «финансовый барьер», приходится нести большие затраты, в том числе на дополнительные ресурсы, и это основная проблема».

Ещё одним важным вопросом в ходе заседания стал процесс повышения уровня знаний врачей в частной клинике. По словам предпринимателей, сегодня им приходится направлять своих специалистов на конгрессы и конференции, которые проходят за пределами автономного округа. Участники встречи отметили, что было бы целесообразно объединять врачей по профилю, как государственных учреждений, так и частных, и приглашать специалистов для обучения в автономный округ.

Заместитель директора Департамента здравоохранения автономного округа Владислав Нигматулин подчеркнул, что все проходящие обучающие семинары и конференции на территории автономного



Во время «круглого стола»

округа готовы принимать на своей площадке врачей частных клиник. «Сегодня очень важно наладить информационное взаимодействие

между департаментом и частными клиниками. На сайте департамента размещается вся информация о проводимых конференциях и семи-

нарах, эта информация открытая и все желающие могут этим пользоваться», – проинформировал он.

Подводя итоги «круглого стола», его участники определили, что только во взаимодействии они смогут достигнуть общей цели. Так, уже в ближайшее время представители Ассоциации частных медицинских организаций округа смогут войти в состав Общественного совета при Департаменте здравоохранения автономного округа.

Также Общественная палата Югры готова выйти с инициативой на губернатора округа с целью включения председателя Ассоциации частных медицинских организаций автономного округа в состав регионального Совета по развитию малого и среднего предпринимательства.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Деловые встречи

Против большого зла

Требуется межведомственное взаимодействие

О комплексной работе по формированию здорового образа жизни в семьях с детьми участникам Всероссийской конференции «Межведомственное взаимодействие в борьбе с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», состоявшейся в Светлогорске, рассказал заместитель председателя Калининградского областного правительства Алексей Силанов.

В мероприятии приняли участие уполномоченный при Президенте РФ по правам ребёнка Павел Астахов, специалисты министерств здравоохранения и образования и науки РФ, депутаты Государственной Думы Федерального Собрания РФ, представители Генеральной прокуратуры РФ, МВД России, медицинских вузов, уполномоченные по правам ребёнка, руководители наркологических медицинских организаций из разных регионов страны.

Как отметил главный специалист психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн, форум общероссийского масштаба, посвящённый этой социально значимой проблеме, проходит в России впервые и возможность стать площадкой для его проведения предоставлена Калининградской области: «Наша главная цель – обеспечить раннее выявление алкоголизма и наркомании, прежде всего, в семьях, где есть дети. Тем самым мы искореним социальное сиротство при живых родителях и на это должны быть направлены совместные усилия наркологов, детских омбудсменов, органов правопорядка, образовательных и социальных структур».

По словам А.Силанова, в Калининградской области создана единая система наркологической помощи, которая базируется на взаимодействии региональной системы здравоохранения, Калининградской епархии Русской православной церкви, Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, социальных служб, правоохранительных органов с распределением полномочий между этими структурами. Её главная функция – раннее



Выступает А.Силанов

выявление и профилактика потребления наркотических средств и психоактивных веществ, а также борьба с алкоголизмом.

Как рассказала руководитель регионального Минздрава Людмила Сиглаева, сотрудниками областного наркодиспансера разработаны пять курсов семинаров-тренингов для специалистов системы образования, социальных работников, служителей церкви, волонтеров из числа активной молодёжи. Всего за прошлый год было проведено свыше тысячи мероприятий.

В рамках межведомственного взаимодействия совместно с сотрудниками Управления Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) в трёх исправительных учреждениях области проводится медицинская реабилитация, обеспечивается преемственность сопровождения больных, освобождённых из мест лишения свободы.

Кроме того, организована консультативная помощь «совзвизимым», то есть родственникам, друзьям, знакомым пациентов. Работает анонимный телефон доверия, на который в 2015 г. обратились более 900 человек. Особое внимание уделяется организации работы с детьми и подростками – потребителями психоактивных веществ.

Важным моментом в борьбе с алкоголизмом и наркоманией в

регионе стал переход на трёхуровневую систему оказания наркологической помощи. В неё входят первичное звено здравоохранения – участковые терапевты, педиатры, врачи общей практики, выявляющие факторы риска; создаваемые в настоящее время четыре межрайонных наркологических дневных стационара для обеспечения полного цикла лечения в амбулаторных условиях, а также Областной наркологический диспансер.

А.Силанов отметил, что за последние годы в регионе сократилось число детей-сирот, почти в два раза уменьшилось количество отказов матерей от новорождённых малышей. Вместе с тем, по-прежнему высоки показатели по лишению граждан родительских прав, смертности от отравления суррогатным алкоголем. «Мы ясно видим все существующие проблемы и понимаем, что важнейшим фактором профилактики социального сиротства являются эффективные меры борьбы с алкоголизмом и наркоманией среди родителей. Для этого в регионе проводится комплексная работа по формированию здорового образа жизни в семьях с детьми. И мы сделаем все возможное для обеспечения будущего наших маленьких жителей области».

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Проекты

Минздравом России разработан проект приказа, утверждающий административный регламент Росздравнадзора по предоставлению государственной услуги по выдаче заключений на ввоз и (или) вывоз из Российской Федерации органов и тканей человека, крови и её компонентов, а также образцов биологических материалов.

Административный регламент для Росздравнадзора

Проект приказа устанавливает порядок и сроки выдачи заключений (разрешительных документов) на ввоз в Российскую Федерацию из третьих стран на таможенную территорию Евразийского экономического союза и вывоз из Российской Федерации в третьи страны с таможенной территории Евразийского экономического союза органов и тканей человека, крови и её компонентов, образцов биологических материалов человека.

Согласно документу, по результатам предоставления государственной услуги заявителю выдаётся (заключение) разрешительный документ или уведомление об отказе с указанием причин, либо дубликат данных документов (в случае их порчи или утраты). Основанием для отказа является непредставление необходимых документов или наличие неполных или недостоверных сведений.

Заключение выдаётся на срок, не превышающий 1 год, независимо от количества перемещений через таможенную границу ЕАЭС.

В административном регламенте детально описаны требования к порядку информирования граждан о предоставлении государственной

услуги, которое будет осуществляться посредством публикации сведений на едином портале государственных и муниципальных услуг, на официальном сайте Росздравнадзора, консультаций по номерам телефонов для справок и размещения информации на стендах в приёмной по работе с обращениями граждан. Данные меры позволят гражданам, их объединениям и организациям не только получать оперативную и достоверную информацию о месте и времени приёма, перечне необходимых документов и заявлений, но и осуществлять функцию контроля.

Также проектом предусмотрены такие формы контроля, как проведение проверок, выявление и устранение нарушений прав заявителей, принятие решений и подготовка ответов на обращения, содержащие жалобы на действия или решения должностных лиц Росздравнадзора.

В том числе, регламентом устанавливается порядок обжалования действий (бездействия) и решений, осуществляемых (принимаемых) в ходе предоставления государственной услуги.

Соб. инф.

Перспективы

Федеральный реестр инвалидов

Выйти на новый уровень оказания услуг для инвалидов даст возможность их федеральный реестр, который будет запущен в России в январе 2017 г.

На совещании Президента РФ Владимира Путина с членами правительства министр труда и социального развития (Минтруд) Максим Топилин представил главе государства концепцию Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС ФРИ). Это будет система «учёт всех прав, обязанностей, всех социальных обязательств, которые Российская Федерация несёт перед инвалидами», сообщил министр. Она, в том числе, должна предоставлять и все необходимые услуги для людей с инвалидностью.

«На сегодняшний момент многие инвалиды зачастую не всегда знают свои права, не всегда знают, как и куда им обратиться, – объяснил М.Топилин. – В отдельных случаях им приходится по разным структурам – ...образование, здравоохранение, социальные службы, пенсионные фонды – собирать различные документы и каждый раз ходить по этим службам. Это происходит потому, что, в принципе, единой информационной системы, где мы видели бы и могли контролировать предоставление всех услуг для инвалидов, просто нет. Поэтому с тем, чтобы вообще выйти на другой уровень оказания услуг для инвалидов, будет создана такая система».

Валентин МАЛОВ.
МИА Сити!

Новые подходы

В ожидании реформы

Психоневрологические интернаты обновят

Рабочая группа по реформированию психоневрологических интернатов (ПНИ) создана приказом министра труда и социальной защиты РФ Максима Топилина. Пилотные проекты будут запущены в Ленинградской и Псковской областях, Пермском крае и Москве.

Проект «дорожной карты», которая ляжет в основу проекта реформы, был представлен на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве России. Первое заседание рабочей группы состоится в сентябре этого года.

По словам члена Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ, сопредседателя Координаци-

онного совета по делам инвалидов и других лиц с нарушениями жизнедеятельности при Общественной палате РФ Елены Ключко, первоочередная задача – пересмотр нормативно-правовой базы, на основе которой действуют интернаты. Изменив нормативно-правовую базу, можно решить такие вопросы, как закрытость интернатов, принудительная госпитализация, избыток медицинских препаратов, наказание в виде изоляции, ограничение часов посещения, лишение больных их жилья и другие.

Долгосрочная цель реформы – переход от крупных ПНИ с большой скученностью жильцов к малокомплектным домам с достаточным количеством подготовленного персонала. Кроме того, необходимо создать систему поддержки

и адаптации тех, кто покидает стены такого учреждения. Сейчас их ресоциализацией, обучением жизни в обществе занимаются только общественные организации и только в отдельных регионах. Е.Ключко подчёркивает, что одна из главных задач – создание системы дифференцированного подхода к группам граждан в зависимости от степени их дееспособности.

В психоневрологических интернатах России содержатся почти 150 тыс. человек. Это не только люди с психическими нарушениями, как принято считать, но и просто инвалиды, нуждающиеся в постоянном или частичном уходе и наблюдении.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Решения

В Нижнем Тагиле достроят детскую больницу

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал поручение рассмотреть вопрос о достройке детской многопрофильной больницы в Нижнем Тагиле.

Согласованные предложения об этом представят министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр финансов РФ Антон Силуанов и министр экономического развития РФ Алексей Улюкаев. Об этом сообщается в письме, направленном главой кабинета министров в адрес председателя Комитета областного Законодательного собрания по социальной политике Вячеслава Пугудина.

Ранее он обратился к Д.Медведеву с просьбой помочь завершить строительство. «Надеемся, что эти министерства поддержат нас и вопрос о

поддержке строительства из федерального бюджета будет решён», – сказал депутат.

Строительство детской многопрофильной больницы на 160 коек было начато ещё 20 лет назад. Его завершение позволит своевременно оказывать квалифицированную неотложную и специализированную медицинскую помощь 140 тыс. детей из Нижнего Тагила и десяти близлежащих городов Горнозаводского управленческого округа. В этом межтерриториальном учреждении будут открыты наиболее востребованные специализированные отделения и центры, а также будет осуществляться лицензирование по нескольким врачебным специальностям. Общая сметная стоимость объекта составляет 2,9 млрд руб.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Минздравом России разработан проект приказа «О порядке проведения медицинского освидетельствования лица, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения, либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача или новое потенциально опасное психоактивное вещество».

Проект приказа направлен на урегулирование правовых взаимоотношений, возникающих в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан.

Целью медицинского освидетельствования, проводимого в уполномоченных медицинских организациях, является установление наличия или отсутствия у освидетельствуемого заболевания наркоманией, состояния опьянения и фактов употребления наркотических, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных и иных токсических веществ (средств).

Проектом приказа также определены основания для проведения медицинского освидетельствования, объём его проведения, правила оформления и ведения медицинской документации при проведении медицинского освидетельствования.

Официально

Чтобы сказать «да» или «нет» Противодействуя незаконному обороту

Медицинское освидетельствование проводится на основании постановления о направлении на медицинское освидетельствование, вынесенного судьёй, следователем, органом дознания, органом, осуществляющим оперативно-розыскную деятельность, должностным лицом, осуществляющим производство по делу об административном правонарушении.

В целях установления наличия или отсутствия у освидетельствуемого заболевания, обусловленного зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества (наркомании) и фактов употребления наркотического средства, психотропного вещества, нового потенциально опасного психоактивного вещества, медицинское освидетельствование включает в себя:

- а) осмотр врачом-психиатром-наркологом;
- б) определение наличия психоактивных веществ в моче;
- в) исследование уровня психоактивных веществ в моче;
- г) исследование уровня психоактивных веществ в крови.

Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта при медицинском освидетельствовании в обязательном порядке проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты (6-моноацетилморфин, морфин, кодеин, дезоморфин и др.), каннабиноиды (растительные и синтетические), фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин, мефедрон и др.), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты.

В случае необходимости химико-токсикологические исследования проводятся на иные вещества.

На основании результатов проведённых в рамках медицинского освидетельствования осмотров и инструментальных и лабораторных исследований, выносятся одно из следующих медицинских заключений о состоянии освидетельствуемого на момент проведения медицинского освидетельствования (далее – медицинское заключение):

- 1) установлено заболевание наркоманией;
- 2) заболевание наркоманией не установлено;
- 3) от медицинского освидетельствования отказался.

Медицинское заключение оформляется в произвольной форме с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписывается врачом-психиатром-наркологом, проводившим медицинское освидетельствование, руководителем (уполномоченным заместителем руководителя) медицинской организации, заверяется личной печатью врача-психиатра-нарколога, проводившего медицинское освидетельствование и печатью медицинской организации, в отделе которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации.

В целях установления наличия или отсутствия состояния опьянения или фактов употребле-

ния наркотического средства или психотропного вещества, нового потенциально опасного психоактивного вещества медицинское освидетельствование включает в себя следующие осмотры врачом-специалистом (фельдшером), инструментальное и лабораторные исследования:

- а) осмотр врачом-специалистом (фельдшером);
- б) исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя;
- в) определение наличия психоактивных веществ в моче;
- г) исследование уровня психоактивных веществ в моче;
- д) исследование уровня психоактивных веществ в крови.

В процессе проведения медицинского освидетельствования его результаты вносятся в Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

Подробнее с данным приказом можно ознакомиться на официальном сайте regulation.gov.ru по ссылке: <https://regulation.gov.ru/p/50891>

Соб. инф.

Деньги

Социальные затраты — самые значительные

Дмитрий Медведев: работа по решению проблем здравоохранения продолжится

Несмотря на текущую экономическую ситуацию, нужно предусмотреть ресурсы для исполнения социальных обязательств, считает председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. Премьер провёл совещание о расходах федерального бюджета на 2017–2019 гг. в сфере здравоохранения, образования, культуры и социального обеспечения.

«Социальные затраты бюджета остаются самыми значительными», — отметил глава кабинета министров. Однако, считает он, необходимо «профинансировать те статьи расходов, которые непосредственно затрагивают интересы людей, дают возможность каждому нашему человеку вовремя получить качественную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, купить эффективные лекарства (желательно по доступной цене), дать своим детям хорошее образование, а в старости получать пенсию, причём достойную пенсию, не испытывать трудностей с социальным обслуживанием».

«В сложившихся условиях нам придётся проводить оптимизацию расходов за счёт перераспределения средств на самые важные направления, снижать неэффективные траты, — полагает Д.Медведев. — Но, конечно, нельзя допустить,

чтобы такая оптимизация негативно сказалась на социально значимых программах, на тех позитивных изменениях, которые произошли в этой сфере за последние годы».

Говоря о развитии здравоохранения, лекарственного обеспечения, премьер отметил, что российские власти плотно занимаются этими вопросами. «Задач здесь действительно много, одна из них — повышение оплаты труда врачей, медсестёр, фельдшеров, привлечение медицинских кадров на село», — сказал он.

«Совсем недавно мы эту тему обсуждали во время посещения Морозовской больницы, — напомнил премьер-министр. — Я говорил, что мы поддержим регионы с поставками санитарного автотранспорта. Напомню, что принято решение о приобретении 1240 автомобилей скорой медицинской помощи и 110 реанимобилей. В ближайшее время — я вчера тоже подписал такое поручение — мы увеличим количество таких автомобилей на ещё несколько сотен в этом году, что, в конечном счёте, очень важно для того, чтобы вовремя люди наши получали неотложную помощь и была возможность оказать эту помощь в самых разных уголках нашей страны. Поэтому расходы на санитарный автотранспорт будут дополнительно увеличены — такое решение принято».

«Мы реализуем программу строительства перинатальных центров. Несмотря на экономические трудности, развивается их материально-техническая база, также база ведущих медицинских центров, — продолжил Д.Медведев. — Ведётся работа в рамках указов Президента 2012 г. Там установлены долгосрочные цели по снижению смертности, прежде всего от онкологии, от болезней системы кровообращения, от дорожно-транспортных происшествий. Но нужно контролировать и другие направления, включая проблему лекарственного обеспечения. Мы регулярно проводим на эту тему совещания, для того чтобы найти решение по чувствительным вопросам».

Глава Правительства отметил, что до 2018 г. продлена такая важная программа, как материнский капитал. «Мы, конечно, сохраним и другие формы поддержки многодетных семей, в том числе ежемесячные выплаты на третьего и последующего ребёнка, окажем внимание детям, которые живут вне семьи и находятся в трудной жизненной ситуации», — заверил Д.Медведев.

По его словам, продолжится также работа по решению проблем инвалидов, обеспечению их техническими средствами реабилитации.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

На контроле

В Министерстве здравоохранения Амурской области обсудили результаты анализа исследований случаев преждевременных родов за последний период. С информацией по этому вопросу выступил Анатолий Судаков, главный специалист Министерства здравоохранения области по акушерству и гинекологии.

женского здоровья, затем следует табакокурение. По словам Анатолия Судакова, из числа обследованных по преждевременным родам беременных женщин

Чтобы малыш родился здоровым

Невынашивание беременности остаётся острой проблемой



О здоровье малышей родители должны заботиться вместе с медиками

Он отметил, что невынашивание беременности является одной из актуальных проблем практического акушерства, существенно влияющей на показатели перинатальной и младенческой смертности. И, несмотря на то, что внедрение новых медицинских технологий и методов лечения привело к снижению уровня репродуктивных потерь, частота угрозы невынашивания по-прежнему остаётся высокой.

Как сказал главный акушер-гинеколог региона, специалистами было иссле-

довано около 400 случаев преждевременных родов, произошедших в минувшем году. Был проведён анализ индикаторов качества акушерской помощи этой категории женщин, лечебных мероприятий у женщин группы риска и ряда других, в том числе и медико-социальных аспектов преждевременных родов. Как показали результаты исследований, основными медико-социальными причинами, оказавшими влияние на невынашивание беременности, являются проблемы

товка (подготовка к предстоящей беременности) проводилась только у 16,1% женщин.

«Предгравидарная подготовка должна проводиться за 3-4 месяца до наступления планируемой беременности, — акцентировал главный акушер-гинеколог Амурской области. — И позаботиться о том, чтобы ребёнок родился здоровым, его будущие родители должны совместно с медиками. Тогда бы количество преждевременных родов у нас уменьшилось как минимум на 30%. Настолько же увеличилось бы рождение здоровых малышей — всем на радость».

В Министерстве здравоохранения было принято решение об усилении медицинскими организациями информационно-просветительской работы среди женщин репродуктивного возраста, в том числе направленной на повышение ответственности родителей за рождение здорового ребёнка.

К слову, по последнему определению Всемирной организации здравоохранения преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель плодом 500 и более граммов.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 55 (1994)

Ребёнок 12 лет поступил в больницу с жалобами на боли в животе, нарастающую бледность и лихорадку.

На фоне внешнего здоровья появились головная боль и боли в животе. Был осмотрен школьной медсестрой: температура 38,6°С, бледность кожных покровов, подозрение на вирусную инфекцию. Было рекомендовано обратиться к педиатру. Осмотр медсестрой 4 дня спустя: температура нормальная, отмечена бледность, лёгкая гиперемия зева и болезненность при пальпации передней брюшной стенки. В последующие визиты медсестры за 10 и 6 дней до госпитализации оба раза были отмечены напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии и лихорадка 38,6°С.

В день госпитализации больной жаловался на головную боль, тошноту, боль в правом верхнем квадранте брюшной стенки и в левой ноге. Температура 37,3°С, отмечена выраженная бледность. По скорой помощи он был доставлен в отделение интенсивной терапии другой больницы, где при обследовании зафиксированы тошнота, периодически диарея и боль в животе. Состояние не тяжёлое. Температура 37,8°С, АД 92/58 мм рт.ст., пульс 123/мин, ЧД 18/мин, оксигенация крови 98%. Антропометрические показатели: рост 132 см (1-й перцентиль для данного возраста), вес 26,8 кг (1-й перцентиль), ИМТ 15,4 (9-й перцентиль). Кожные покровы бледные, тёплые и сухие. Живот при пальпации мягкий и безболезненный. Гепатоспленомегалии не отмечалось. В остальном в физическом статусе без отклонений от нормы. Уровни глюкозы в крови, кальция, АЛТ, ЩФ и общего и прямого билирубина в норме, как и показатели почечных функций.

Назначено введение физиологического раствора, ацетаминофен и кислород через носовые канюли 2 л/мин.

Больной был переведён из отделения интенсивной терапии.

Анамнез. Жаловался на небольшой кашель, боли в мышцах, слабость, которые нарастали в течение месяца, в последние 2 недели головокружение. Боль в околопочечной области, которая иногда иррадиировала в левый нижний квадрант передней брюшной стенки. Боль в животе описывал как «сжимающую», по 10-балльной шкале оценена в 7 баллов. Ежедневно обильный жидкий стул зелёного цвета, иногда со следами крови на туалетной бумаге. Синяков и кровотечений при чистке зубов никогда не было. Ребёнок получил все прививки, кроме против сезонного гриппа. Не принимал лекарства и не имел аллергических реакций. Родился на Карибских островах, затем семья переехала в США. В семье ещё двое детей. За 3 месяца до госпитализации посещал Доминиканскую Республику, где жил в сельской местности. Против малярии прививку не получал. В доме есть аквариум, в контакте с животными и инфекционными больными не был. В семейном анамнезе нет указаний на наличие членов семьи, больных серповидно-клеточной анемией или другими наследственными анемиями. Не было также больных с болезнями органов пищеварения или аутоиммунными.

Обследование. Больной худощав, выглядит младше своих лет. Витальные функции и оксигенация крови в норме. Слизистые оболочки и конъюнктивы бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Передняя брюшная стенка напряжена, слегка болезненна при пальпации в правом верхнем и левом нижнем квадрантах. Определяются экхимозы на голенях. В остальном – без отклонений. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости (рис. 1) показала умеренное количество каловых масс в толстой кишке, без её дилатации, свободного воздуха или отклонений в скелете.

В анализе мочи уробилиноген 1+, скрининг на специфический антиген малярии отрицательный, анализ крови на холодовые агглютиногены не выявил реакции в разведении 1:16. Выполнены другие диагностические тесты.

Дифференциальная диагностика

В обсуждении приняли участие K.R.Schwartz, C.M.El.Saleeby, K.Nimkin et al.

Анемия. У больного были клинические

признаки микроцитарной анемии. Причиной такой анемии являются дефицит железа, хронические болезни, талассемия и отравление свинцом. В анамнезе нет указаний на контакт со свинцом, малое число эритроцитов исключает диагноз талассемии. Таким образом, участники дискуссии сузили число болезней для дифференциальной диагностики до железодефицитной анемии, анемии при хронической болезни, либо оба варианта.

Дефицит железа – наиболее частая причина анемии. У больных могут быть варианты с низким и средним объёмом эритроцитов, низким содержанием гемоглобина в эритроцитах, значительные пределы колебания размеров эритроцитов и гипохромия эритроцитов. Все эти лабораторные находки

хотя другие воспалительные процессы также возможны, и их следует рассмотреть.

Вероятный диагноз: анемия хронической болезни и дефицит железа у больного с воспалительным заболеванием толстой кишки.

Педиатрическая оценка. Обращала на себя внимание лихорадка в течение 4 недель с повышением уровня С-реактивного протеина и увеличенной СОЭ. Эти маркеры воспаления повышаются и падают поразному при воспалительных процессах. Обычно С-реактивный протеин тесно связан с текущим воспалительным процессом, быстро повышаясь в начале заболевания и быстро спадая при его разрешении. Уровень СОЭ медленнее повышается и медленнее нормализуется в течение нескольких недель после разрешения воспалительного процесса. У больного повышение как С-реактивного протеина, так и СОЭ указывает на подострый прогрессирующий воспалительный процесс.

Также внимание врачей привлекли абдоминальные симптомы и кишечное кровотечение в анамнезе. При дополнительном расспросе мамы больного выяснилось, что диарея была только один раз или дважды за всё время болезни. Поскольку анализ кала на скрытую кровь дал отрицательный резуль-

течение 4 недель от начала болезни. Очень высокая СОЭ была достаточно необычной для вспышки воспалительной болезни толстой кишки. Для целиакии и инфекции не типична лихорадка.

Хотя известно, что рак только в 6% случаев сопровождается лихорадкой, диагноз рака следовало исключить. Диагноз лейкоза был маловероятен, поскольку в анализе крови присутствовало большинство гемопоэтических клеток (лейкоциты и тромбоциты), не было бластных клеток в мазке периферической крови, а анемия носила вторичный характер. Другие диагностические варианты включали лимфому и солидную опухоль (например, нейробластому), но каких-либо внутрибрюшных объёмных образований или увеличенных лимфатических узлов не было.

Поскольку первоначально диагностический поиск включал такие болезни, как сальмонеллёз, эндокардит, внелёгочный туберкулёз, внутрибрюшной абсцесс и узелковый полиартериит, УЗИ брюшной полости было первым исследованием. Оно позволяло быстро выявить такие отклонения, как увеличение внутрибрюшных органов, оккультные абсцессы или объёмные образования и абдоминальную лимфаденопатию.

Случай лимфомы Ходжкина, сопряжённой с вирусной инфекцией Эпстайна — Барр

Клинический разбор



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Умеренное количество каловых масс на протяжении всей толстой кишки без признаков обструкции

были отмечены у обсуждаемого больного. Ферритин сыворотки крови – наиболее чувствительный и специфический индикатор дефицита железа. Однако у больного имел место острый воспалительный процесс, а показатели ферритина могли быть интерпретированы как свидетельство острой фазы воспаления. Уровень ферритина у больного был значительно повышен, как и другие маркеры воспаления, включая С-реактивный протеин и высокую СОЭ. Эти данные дают основание предполагать наличие у больного анемии хронической болезни (АХБ).

АХБ может быть результатом любой болезни, ассоциированной с ответом на воспалительный процесс. Однако средний объём эритроцитов менее 70 фл и значительная гипохромия редко наблюдаются при изолированной АХБ. Эти результаты заставляют рассмотреть другие причины, чтобы объяснить болезнь у обсуждаемого больного.

В анамнезе были указания на гастроинтестинальное кровотечение, микроцитоз эритроцитов и гипохромия, что позволяет предполагать сопутствующую железодефицитную анемию. Эти находки вместе с абдоминальной болью в течение одного месяца, жидким обильным стулом и потерей массы тела в большей степени позволяют думать о воспалительном заболевании толстой кишки,

тат, сообщение о кишечном кровотечении трудно объяснить. Кровотечение в кишечном тракте вызывает послабляющий эффект, что ускоряет дефекацию. Поэтому подострое гастроинтестинальное кровотечение, особенно достаточно тяжёлое, чтобы вызвать анемию, не приводит к запору, который был выявлен на обзорной рентгенограмме брюшной полости.

Лихорадка неизвестной природы. Помимо о симптомах болезни у обсуждаемого больного, следует пересмотреть рабочий диагноз и сфокусировать внимание на причинах лихорадки невыясненной этиологии. При этом обратить внимание на недавние путешествия больного и гастроинтестинальные симптомы. В качестве причин лихорадки невыясненной этиологии следует рассмотреть такие болезни, как инфекционные, ревматологические, воспалительное заболевание и рак толстой кишки.

Из всех названных причин лихорадки инфекционные составляют около 50%. У обсуждаемого больного можно подозревать сальмонеллёз, туберкулёз, эндокардит, внутрибрюшной абсцесс. Принимая во внимание его недавнее путешествие, можно также предполагать инфекционные заболевания с длительным инкубационным периодом, например, амёбный абсцесс печени, вирусный гепатит, малярию, вызванную *Plasmodium vivax*. Однако в данном случае не было повышенных уровней печёночных энзимов в крови, быстрый скрининг на малярию был отрицательным. Эти результаты исключали диагноз малярии и вирусного гепатита. Такие распространённые инфекции, как вирус Эпстайна – Барр (ВЭБ), цитомегаловирус, токсоплазма, парвовирус и другие паразитарные болезни, также были рассмотрены в качестве возможных. Гепатоспленический бартофельлёз был исключён, так как полностью контакта с кошками ребёнок не имел.

Из ревматологических болезней, как вполне вероятных, можно было думать об узелковом полиартериите (УПА). Эта болезнь представляет собой васкулит мелких и среднего калибра артерий, типично сопровождается системными симптомами – лихорадка, потеря массы тела. Абдоминальная боль часто является ранним симптомом; при прогрессировании болезни может развиваться ишемия толстой кишки и интестинальное кровотечение. Однако у больного не было анорексии или постпрандиальной боли в животе. Отсутствие этих симптомов исключало диагноз васкулита кишечной стенки. Не было также поражения кожи и почек.

Из первичных гастроинтестинальных болезней можно было думать о язвенном колите как наиболее вероятном диагнозе. Однако тест на скрытую кровь в кале не выявил признаков кишечного кровотечения и у больного было относительно мало симптомов со стороны органов пищеварения в

При УЗИ, выполненном до начала лечения (рис. 2А), были выявлены множественные увеличенные ретроперитонеальные и мезентериальные лимфатические узлы, утолщённые стенки петель тонкой кишки в области переднего мезогастрия. В печени было найдено гипозоногенное образование диаметром 2 см и в правой почке – нерезко выраженный гидронефроз.

На последующей КТ с внутривенным и пероральным контрастом грудной клетки, брюшной полости и малого таза (рис. 2В и 2С) были выявлены увеличенные лимфатические узлы – паратрахеальные, паравerteбральные и под каринной, в корне правого лёгкого, а также гипозоногенное образование в печени. Кроме того, были увеличены ретроперитонеальные и мезентериальные лимфатические узлы. Была утолщена стенка петель тонкой кишки.

Дифференциальный диагноз лимфаденопатии, ассоциированной с утолщением стенки кишки, предусматривает рассмотрение таких болезней, как лимфома, в особенности неходжкинская. Другие раковые поражения гастроинтестинального тракта представляются редкими. Инфекции, в частности туберкулёз, тоже подлежат рассмотрению. Однако у больных туберкулёзом поражённые лимфатические узлы обычно гипозоногенны и имеют чёткие границы. При воспалительных заболеваниях толстой кишки могут быть указанные КТ-находки, однако в таком случае лимфаденопатия редко носит экстенсивный характер. В редких случаях у больных с болезнями соединительной ткани или саркоидозом могут быть выраженные абдоминальные лимфаденопатии, но это не характерно для больных данной возрастной группы. Для болезни Шёллейна – Геноха или целиакии характерно меньшее число мелких лимфатических узлов, чем выявлено у обсуждаемого больного. Доброкачественные лимфолифопролиферативные болезни, как, например, болезнь Rosai – Dorfman, Kikuchi – Fujimoto и болезнь Castleman's, – редкие, но они также обсуждались у этого больного.

Широкий спектр дифференциальных диагнозов послужил показанием к проведению ряда исследований. Были выполнены комбинированная ПЭТ с 18F-fluorodeoxyglucose (FDG) и КТ (ПЭТ-КТ), которая обнаружила экстенсивное накопление FDG в лимфатических узлах грудной и брюшной полости, в малом тазу (рис. 2Д). Интенсивное потребление контраста ассоциировалось с утолщением стенок петель тонкой кишки, наблюдалось в правой части печени, но не было отмечено в селезёнке. Эти находки соответствовали IV стадии лимфомы.

ПЭТ-КТ является основным методом для определения стадий лимфомы у детей. Поражение лимфатических узлов и селезёны

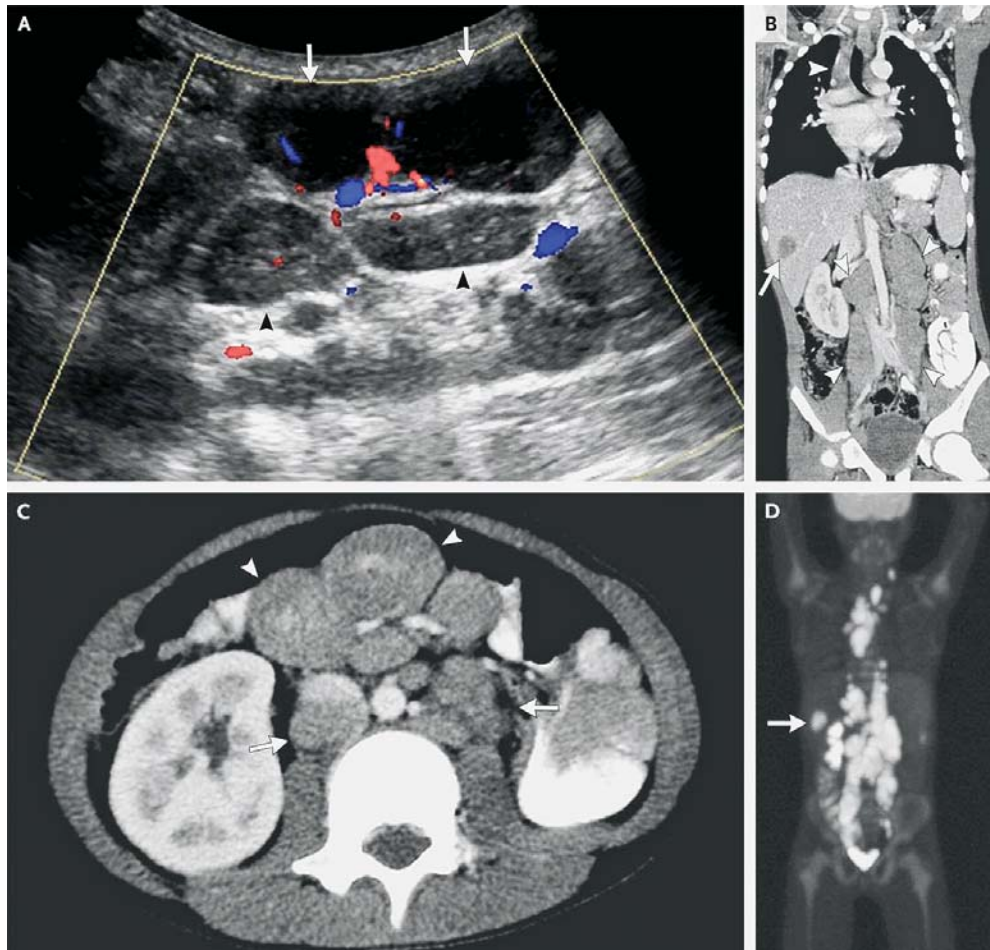


Рис. 2. УЗИ и КТ, выполненные до начала лечения.
УЗИ средней части брюшной полости в сагиттальной проекции:
А – видны множественные увеличенные лимфатические узлы (головки стрелок) и утолщение стенок петель тонкой кишки (белые стрелки);
В – КТ во фронтальной проекции выявила обширную лимфаденопатию в грудной клетке, брюшной полости и малом тазу (головки стрелок) и гиподенное поражение в печени (стрелка);
С – КТ в аксиальной проекции показала ретроперитонеальную лимфаденопатию (стрелки), утолщение стенок петель тонкой кишки (головки стрелок) и солитарную правую почку;
Д – комбинированное накопление ПЭТ-КУТ с FDG в максимально интенсивной проекции показала накопление FGD в области лимфаденопатии в грудной клетке, брюшной полости и малом тазу, фокальное накопление в печени (стрелка), утолщение стенок петель тонкой кишки

ки ассоциируется с диагнозом лимфомы Ходжкина, тогда как экстранодальные поражения (которые были выявлены у обсуждаемого больного) обычно ассоциируются с неходжкинской лимфомой. Более того, у больных с лимфомой Ходжкина толстая кишка поражается редко, а болезнь печени и вовлечение селезенки имеют место почти всегда. Спаянные увеличенные лимфатические узлы вовлекают мезентериальные сосуды, что было отмечено в данном клиническом наблюдении, являются частым признаком абдоминальной лимфомы и описаны в литературе как «симптом сэндвича».

После анализа всех находок визуальных методов исследования стало очевидно, что у больного имеет место лимфома. Следовало также исключить диагноз туберкулеза, но эта болезнь представляется мало вероятной. Для того чтобы подтвердить этот диагноз, было решено прибегнуть к помощи интервенционной радиологии и выполнить КТ-контролируемую биопсию ретроперитонеальных лимфатических узлов.

Вероятный диагноз – лимфома с вовлечением тонкой кишки, абдоминальных лимфатических узлов и печени, ассоциированная с анемией хронической болезни и дефицитом железа; маловероятно – внутрибрюшной туберкулез.

Обсуждение патологоанатомических результатов

Исследование игольчатого биоптата ретроперитонеальных лимфатических узлов показало замещение ткани смешанным по составу инфильтратом, состоящим из малых лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и больших атипичных клеток. Атипичные клетки имеют сходство с клетками Ходжкина и клетками Reed – Sternberg, включая большие неправильные дольчатые ядрышки с выступающими красными ядрышками и умеренное количество светлой цитоплазмы. Иммуногистохимическая окраска препарата показала, что эти клетки были сильно позитивными для CD30, слабо позитивными для CD15 и PAX5 и негативными для CD20. Гибридизация in situ EBV-кодированной РНК показала интенсивно положительно окрашенные большие клетки (рис. 3F). Эти находки говорили в пользу диагноза классической смешанно-клеточной лимфомы Ходжкина.

Лимфома Ходжкина в большинстве случаев В-клеточная, которая наиболее вероятно

происходит из терминальных центральных В-клеток с деструктивными мутациями в первоначально функциональном факторе V гена реаранжировки. ЭБВ-инфекция приводит к апоптозу, который активируется В-клетками и вызывает недостаточную функцию гена иммуноглобулина. ЭБВ-инфекция встречается у 10-70% больных с классической формой лимфомы Ходжкина в зависимости от подтипа. Очень большой процент этих больных имеют смешанно-клеточный подтип лимфомы Ходжкина, и дети (как и обсуждаемый больной) или более старые больные имеют иммуносупрессию или снижение иммунного ресурса. У данного больного исследование костного мозга из гребней обеих подвздошных костей показало нормальный гемопоэз и отсутствие признаков лимфомы. Поскольку визуальные методы исследования указывали на поражение стенки тонкой кишки, были выполнены биопсии слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, подвздошной кишки и толстой кишки. Исследование биоптатов не подтвердило наличие у больного лимфомы. В двенадцатиперстной кишке наблюдалась нормальная архитектура ворсинок, но было выявлено повышенное количество интраэпителиальных лимфоцитов, что не специфично и может указывать на повышенную чувствительность к глютену, инфекцию, болезнь Крона, H.pylori-гастрит и наличие других причин. Исследование биоптата желудка выявило признаки хронического гастрита и небольшое количество H.pylori – признаки, которые наиболее вероятно объясняли находки, выявленные в двенадцатиперстной кишке.

Обсуждение ведения больного

На основании результатов визуальных методов исследования и данных гистологического анализа биоптатов у больного была определена IV стадия лимфомы Ходжкина с обширной над- и поддиафрагмальной лимфаденопатией и поражением печени. Однако оставалось неясным, произошло ли вовлечение в патологический процесс гастроинтестинального тракта, но нарушения, выявленные при визуальных методах исследования, были достаточно необычными.

Хотя печень, селезенка и внутрибрюшные лимфатические узлы часто поражаются в далеко зашедших стадиях лимфомы Ходжкина, нарушения со стороны гастроинтестинального тракта встречаются редко. Имеются сообщения только об отдельных случаях, в которых наблюдали поражение желудка, сопровождаемое вовлечением тонкой и толстой кишки и даже пищевода. Несмотря на сообщения о редких случаях поражения гастроинтестинального тракта у обсуждаемого больного в анамнезе были кровотечения из желудочно-кишечного тракта и заметные изменения, выявленные при ПЭТ-КТ. Поэтому была предпринята консультация гастроэнтеролога, перед тем как начать лечение больного по поводу лимфомы Ходжкина, так как могли быть другие серьезные желудочно-кишечные состояния, которые повлияли бы на ход лечения.

Гастроэнтерологические проблемы

В связи с абдоминальной болью, тошнотой, медленным ростом, интермиттирующими ректальными кровотечениями и железодефицитной анемией больной был консультирован гастроэнтерологом. Были выполнены эндоскопии верхнего отдела органов пищеварения, колоноскопия и капсульная эндоскопия. Эти исследования не выявили признаков недавнего гастроинтестинального кровотечения. Поскольку, по словам больного, ректальное кровотечение у него имело место приблизительно за 2 недели до госпитализации, капсульная эндоскопия не могла достаточно точно идентифицировать источник кровотечения. Диагностическая точность была бы выше, если бы эндоскопия была выполнена ближе ко времени оккультного кровотечения.

Хотя первоначальное серологическое исследование на целиакию дало положительный результат, исследование биоптата слизистой оболочки кишки не выявило ничего специфического; архитектура ворсинок была нормальной, с повышенным количеством интраэпителиальных лимфоцитов, что обычно наблюдается у 10-20% больных целиакией. Капсульная эндоскопия не подтвердила наличие целиакии у больного. Интересно отметить, пишут авторы статьи, что риск неходжкинской лимфомы среди больных целиакией в 2-3 раза выше,

чем среди таковых без целиакии, и возрастает у пациентов старше 50 лет. Принимая во внимание юный возраст обсуждаемого больного и диагноз лимфомы Ходжкина, авторы считают, что положительный результат серологического исследования на целиакию не имеет отношения к его текущей болезни. Тестирование на целиакию было повторено 8 месяцев спустя и дало отрицательный результат. Хотя отрицательный результат мог бы быть приписан иммуносупрессии после химиотерапии, общий уровень IgA-антител в это время был нормальным. Можно было бы предпринять следующий шаг и повторить серологическое исследование на целиакию, и если бы он дал положительный результат, провести генетическое исследование на неё.

Наконец, исследование биоптата слизистой оболочки желудка показало признаки H. pylori-гастрита, который мог бы быть ассоциирован с маргинальной зоной вне лимфатического узла у взрослых, но нет оснований думать, что гастрит связан с лимфомой Ходжкина у обсуждаемого больного. Эта инфекция была пролечена антибиотиками и омепразолом.

Онкологические проблемы

Больной был приглашен к участию в клиническом испытании по лечению лимфомы Ходжкина, которое проводилось в больнице Святого Иуды (клиническое испытание NCT01920932) в режиме с заменой brentuximab vedotin на vincristine в режиме OERA (винкристин, этопозид, преднизолон и дакарбазин) с последующим COPDac (циклофосфамид, винкристин, преднизолон и дакарбазин), который был разработан Германским обществом педиатрической онкологии и гематологии. Brentuximab vedotin представляет собой моноклональное антитело, которое связано с токсином, направленным против CD30 и имеет выраженную активность при лимфоме Ходжкина. Семья больного отказалась от предложенного участия, и врачи выбрали стандартный режим OERA-COPDac. После двух циклов OERA ПЭТ-сканирование показало, что был получен полный ответ на лечение. Затем больной получил 4 цикла COPDac.

Врачи решили не назначать больному лучевую терапию. Группа по исследованию детской онкологии (Children's Oncology Group Study), которая изучала роль лучевой терапии у больных с лимфомой Ходжкина, наблюдала группу пациентов со стадиями болезни IB – IVA. Быстрый ответ на лечение в случайной выборке был, как у больных, получавших лучевую терапию, так и у тех, кто её не получал. Таким образом, не было различий между группами по результату лечения.

Терапия была завершена полностью за 9 месяцев (то есть за 15 месяцев от времени установки диагноза). В настоящее время ребенок чувствует себя хорошо и находится в состоянии полной ремиссии. Гастроинтестинальные кровотечения не возобновлялись с самого начала лечения, анемия также разрешилась во время проведения лечения.

Несколько необычно, что у больного поражение печени не сопровождалось патологией со стороны селезенки, как при классической лимфоме Ходжкина. Возможно, в селезенке нормального размера были микроскопические изменения. Однако микроскопические изменения не были выявлены при ПЭТ-КТ (отсутствовало накопление FDG в селезенке).

Авторы считают, что отсутствие поражения селезенки в самом деле нетипично, но это одна из многих необычных черт обсуждаемого наблюдения.

Обсуждался также вопрос: может ли положительный результат первого серологического анализа на целиакию рассматриваться как свидетельство аутоиммунного компонента у больного с лимфомой Ходжкина? Авторы считают, что при этой болезни у больных может присутствовать аутоиммунная цитопения, но при этом нет указаний, что имеет место положительный серологический тест на целиакию.

Наличие IgA-антител к трансглутаминазе не является специфическим для целиакии, но скорее это частый феномен, ассоциированный с поражением слизистой оболочки тонкой кишки. Как экспрессия трансглутаминазы, так и продукция IgA-антител к трансглутаминазе могут быть связаны с апоптозом, который приводит к поражению слизистой оболочки и целиакии, но также и к другим интестинальным поражениям, таким как воспалительная болезнь толстой кишки. Целиакию, таким образом, у обсуждаемого больного можно исключить, хотя повторить тест было бы целесообразным.

Диагноз – смешанно-клеточный подтип классической лимфомы Ходжкина и вирусная инфекция Эпштейна – Барр.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine, 2016.

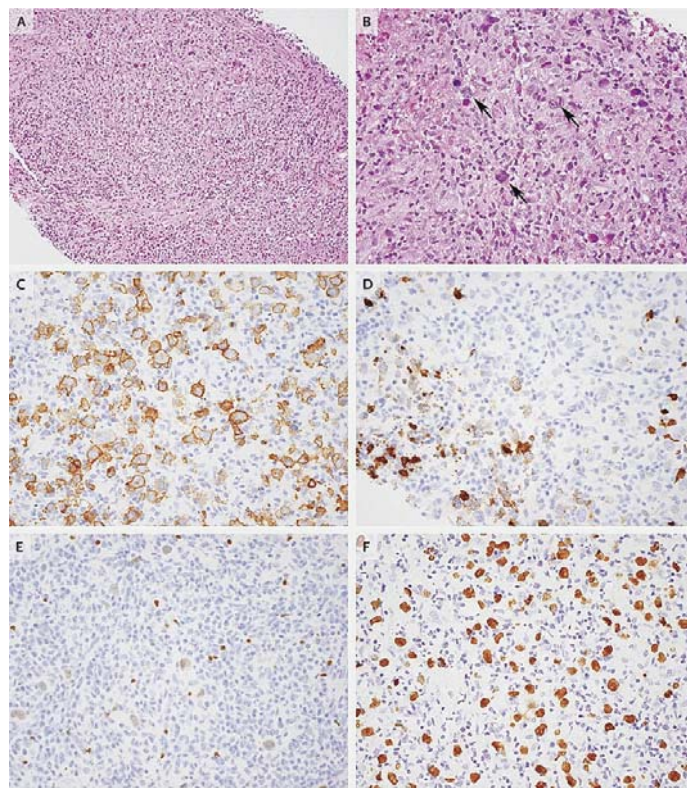


Рис. 3. Образцы биоптатов лимфатических узлов (гистология, окраска гематоксилин, эозин).
На панелях А и В видно, что ткань узлов замещена смешанно-клеточным инфильтратом, состоящим из эозинофилов, лимфоцитов, гистиоцитов и рассеянных больших клеток. **На панели В** видно лучше из-за более масштабного увеличения. **На панели В** видны иммуногистохимически окрашенные большие клетки CD30 (стрелки). **На панели С и D** – слабо окрашенные гранулы CD15 и на панели Е слабо окрашенные ядрышки PAX5. При гибридизации in situ с применением РНК-кодированного вируса Эпштейна – Барр видны ярко окрашенные ядрышки (панель F). Смешанные гранулоциты показывают сильно окрашенные CD15 (панель D) и В-лимфоциты, сильно окрашенные PAX5 (панель E)

В последние годы основными лидерами в развитии медицины были и есть компании-производители новых лекарственных средств, медицинской техники и оборудования. Глобальные мировые компании, производящие лекарства, диагностическое и технологическое оборудование фактически определяли направления продвижения медицинской науки и правил конкуренции на глобальных научном, технологическом и производственном рынках, которые ими же и поделены. Это привело, не без нашего бездействия, к тому, что отечественное производство длительное время находилось в состоянии выживания, научно-исследовательский процесс плохо интегрировался в мировое научное пространство, что в конечном итоге привело к невысокой конкурентоспособности отечественной биомедицинской науки в мировом пространстве. С целью снижения зависимости нашей медицины от импорта и повышения эффективности отечественной фармацевтической промышленности и торговли РФ № 656 «Об утверждении отраслевого плана мероприятий по импортозамещению в отрасли фармацевтической промышленности Российской Федерации». Поставлена задача к 2020 г. уменьшить долю импорта по большинству медикаментозных препаратов и оборудованию.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают особое место в медицине. Они, как известно, во многом определяют смертность населения и для их диагностики и лечения требуется дорогостоящее оборудование и медикаментозные препараты.

Наиболее дорогостоящее оборудование для проведения инвазивной коронарной ангиографии – это рентгеновские комплексы для интервенционных процедур (ангиографы). В Санкт-Петербурге в 2009 г. выпустили первый в России цифровой ангиографический комплекс – доступный аппарат для интервенционных вмешательств на сердце и сосудах. В настоящее время выпускается ангиографический комплекс с динамическим плоским детектором.

Одна из томских компаний производит высокотехнологичное оборудование для сердечно-сосудистой хирургии и аритмологии. В том числе выпускаются рентгеновские системы, а также ангиографический автоматический иньектор для проведения коронарной ангиографии. Инновационной особенностью этой продукции является повышение информативности за счёт стереоизображения, то есть получения объёмного стереоскопического полутонного рентгеновского изображения в режиме реального времени для сердца как подвижного объекта. Это позволяет значительно упростить и ускорить работу хирурга при навигации и продвижении инструмента с построением стереососудистых карт.

Критически важной технологией в клинике неотложной кардиологии является стентирование симптом-связанной или инфаркт-связанной коронарной артерии. В отличие от коронарного стентирования при стабильной ИБС, которое обеспечивает, как правило, только улучшение качества жизни, выполнение стентирования при остром коронарном синдроме достоверно уменьшает леталь-

Проблемы и решения

Открывая широкие возможности

Импортозамещающие технологии в системе неотложной кардиологии

ность. До последнего времени всё оборудование и расходные материалы для чрескожного коронарного вмешательства и стентирования были импортными. Сегодня ситуация изменилась: появилась возможность использовать отечественную продукцию.

В Новосибирске с 2008 г. производят целую линейку баллонных катетеров, проводников, интродьюсеров и стентов. В частности, можно использовать коронарный стент из нержавеющей стали, коронарный стент из сплава кобальт-хром, коронарный стент, покрытый лекарственным веществом. Было проведено сравнение механических свойств одного из этих стентов с импортными стентами. Сравнение показало, что по большинству показателей наш не уступает импортным, а по некоторым даже превосходит их. Первый опыт использования отечественных стентов при остром коронарном синдроме показал удовлетворительные госпитальные и 6-месячные клинические и ангиографические результаты. Частота рестеноза и необходимости в повторной реваскуляризации находится в пределах ожидаемого показателя для стента без лекарственного покрытия. Поэтому был сделан вывод, что применение первых российских стентов при чрескожных коронарных вмешательствах на фоне острого коронарного синдрома является

безопасным и эффективным методом реваскуляризации миокарда. В настоящее время проводится сравнительное исследование клинической и клинико-экономической эффективности, а также профиля безопасности сиrolimus-покрывающего коронарного стента.

Пенза выпускает расходный материал для сердечно-сосудистой хирургии и имплантаты для замещения органов и тканей человека. Наиболее известны протезы клапанов сердца, которые занимают большую долю рынка России и СНГ. Среди пензенской продукции есть ко-

нарным синдромом без подъёма сегмента ST очень важным является верификация диагноза в виде подтверждения или исключения некроза миокарда. Это необходимо для диагностики инфаркта миокарда, следовательно, определения риска неблагоприятного исхода заболевания и тактики лечения. Как известно, тестирование кардиальных тропонинов с 2000 г. считается «золотым стандартом» среди биохимических методов диагностики инфаркта миокарда. Однако значительное количество тропонинов попадает в кровообращение только через

По результатам исследования сделан вывод, что отечественный экспресс-тест для качественного определения сердечного белка, связывающего жирные кислоты, обладает большой чувствительностью, точностью и прогностической ценностью и может быть рекомендован для широкого применения на практике, а также разработаны национальные рекомендации по ранней-экспресс диагностике острого инфаркта миокарда.

Таким образом, отечественная промышленность производит или начинает производить все основные лекарственные пре-

параты, расходный материал и медицинское оборудование для обеспечения высокотехнологичной помощи пациентам с острым коронарным синдромом согласно клиническим рекомендациям. Это даёт уверенность в надёжности материального обеспечения медицинских учреждений для лечения этой категории больных, вне зависимости от внешнеполитических и внешнеэкономических рисков. Также это решает задачу развития фармацевтической науки и медицинской техники, что способствует общему повышению эффективности отечественной науки и промышленности. Одна из сохраняющихся проблем на этом пути является зависимость нашей страны от импортных субстанций для медицинских препаратов и комплектующих для расходного материала и медоборудования. Например, часть стент-систем собирается из импортных составляющих. Это открывает поле для дальнейших исследований и расширения собственного производства, что будет способствовать снижению стоимости конечного продукта.

б часов со времени некроза сердечной мышцы. Поэтому в первые часы инфаркта миокарда диагностическая ценность традиционных тестов на тропонин сравнительно невысока. В современной кардиологии продолжают исследования по изучению диагностической ценности определения сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК) в качестве наиболее раннего маркера повреждения миокарда. Во многих работах показана высокая чувствительность и специфичность данного маркера некроза миокарда, а также раннее повышение концентрации в периферической крови при остром инфаркте миокарда до диагностических значений, что является основанием для всё более широкого внедрения определения сБСЖК в клиническую практику.

Особый интерес представляет использование экспресс-тестов для определения сБСЖК в ранней диагностике острого инфаркта миокарда, особенно в первые 12 часов от начала клинических проявлений, как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. В настоящее время такой экспресс-тест выпускается в Новосибирске. Проведено Российское многоцентровое некоммерческое исследование по изучению клинической эффективности ранней диагностики острого инфаркта миокарда с помощью этого экспресс-теста.

Евгений ВЫШЛОВ,
Вячеслав РЯБОВ,
Валентин МАРКОВ,
Сергей ПОПОВ,
Ростислав КАРПОВ.
Научно-исследовательский институт кардиологии.
Сибирский государственный медицинский университет.
Томск.

Новости

Около 800 человек с начала года воспользовались услугой необычного проката, действующего в Приморском центре социального обслуживания населения. Здесь предлагают технические изделия реабилитации и всевозможные медицинские аппараты бытового назначения, сообщили в администрации региона.

Воспользоваться услугами «санатория на дому» могут граждане любого возраста, независимо от социального статуса. За символическую плату здесь можно взять на временное пользование коляски,

Отдыхать тоже надо умеючи

троости, костыли, ходунки, а также дыхательные тренажёры, аппараты для физиолечения, магнитотерапии, ингаляций.

Современное физиотерапевтическое оборудование помогает достичь максимального эффекта от медицинских процедур, вернуть тяжелобольным людям способность к самообслуживанию. Такие аппараты существенно облегчают медицинский уход, поэтому сре-

ди основных клиентов – люди, имеющие тяжело болеющих родственников.

По словам специалистов, узнать о том, как самостоятельно провести процедуры, предписанные лечащим врачом, желающие могут в «Школе реабилитации и ухода». На регулярные бесплатные занятия приглашают всех, кому необходимы подобные навыки.

В этом году в списке изделий,

предлагаемых в социальном прокате, появились палки для скандинавской ходьбы. Этот инвентарь для активного отдыха оказался очень популярным. Особенно у пожилых людей.

К слову, скандинавская ходьба доступна и рекомендована людям любого возраста и уровня физической подготовки. При Приморском центре социального обслуживания населения есть группы, зани-

мающиеся ходьбой. Регулярные занятия не только способствуют укреплению здоровья бабушек и дедушек. Это своеобразный клуб по интересам, прекрасный совместный досуг, возвращение пожилых людей к активному образу жизни, просто удовольствие.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Всероссийская ассоциация аортальных хирургов будет создана уже до конца этого года. По мнению директора Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского академика РАН Юрия Белова, необходимость в этом давно назрела: в стране, где работают аортальные хирурги с мировым именем, в целом данное медицинское направление представлено весьма пунктирно. И в плане географии, и в плане объёмов помощи, и в плане её качества.

Самая проблемная область

– Это, без преувеличения, самая проблемная область хирургии. Традиционно сложилось, что сосудистые хирурги либо ангиологи занимаются брюшной аортой. Кардиохирурги занимаются восходящим отделом и дугой аорты. А грудной частью нисходящего отдела аорты вообще никто не занимается. Мы надеемся через создание ассоциации пересмотреть сегментарный подход к аортальной хирургии. Любой специалист в данной области хирургии, по моему убеждению, должен уметь оценить состояние и устранить дефекты на всём протяжении «магистрального нефтепровода организма», от аортального клапана и до конечных отделов, – говорит Юрий Владимирович.

До сих пор фактически единственной легитимной площадкой для обмена опытом, научных дискуссий и продвижения новых технологий в этой сфере был Московский аортальный конгресс. Но, как показала практика, формирование единой методологии аортальной хирургии, реализация образовательных программ и решение сложных вопросов по организации оказания данного вида медицинской помощи требуют наличия некоей постоянно действующей структуры, которая отстаивала бы интересы как специалистов, так и пациентов. В этом смысле будущую ассоциацию можно назвать профсоюзом аортальных хирургов и их пациентов.

Методология

Активное обсуждение новых подходов в аортальной хирургии началось на прошедшем в июне 2016 г. II Московском аортальном конгрессе. Директор РНЦХ им. Б.В.Петровского Юрий Белов выступил с сообщением о необходимости сотрудничества кардиохирурга и эндоваскулярного хирурга в лечении пациентов с аневризмой аорты.

Возможно ли такое сотрудничество в принципе? Вопрос приобрёл особую актуальность в связи с разгоревшимися в последние месяцы очными и заочными, весьма эмоциональными спорами внутри самого профессионального сообщества о том, что предпочтительнее для бюджета здравоохранения и для пациента – операции на открытом сердце или малоинвазивные вмешательства? Вот что думает по этому поводу академик Юрий Белов:

– Аорта – как раз то поле деятельности, которое может являться полигоном для испытаний взаимодействия кардиохирургов, оперирующих открытым доступом, и рентгеноэндоваскулярных хирургов. Почему именно аортальная патология требует применения не просто высокотехнологичных, но и комбинированных подходов в лечении больных? Потому что, надо признать, следование только традиционным стандартам влечёт достаточное количество осложнений и неудачные исходы операций. Между тем, специалисты РНЦХ предлагают вариант гибридной операции: кардиохирург выполняет этап по замене сильно расширенного участка аорты, а остальную часть вмешательства, тоже на изменённой аорте, проводит эндоваскулярный хирург. Вот

Ориентир

Неприступная аорта

Почему в стране недостаточно развита помощь при патологии «магистрального нефтепровода»?



наглядный пример кооперации и ориентир для формирования новой методологии аортальной хирургии. Насколько мне известно, данную концепцию поддерживает уже большинство наших коллег в России. Нельзя всё отдавать на откуп только кардиохирургам. Мир хирургии изменился, и надо искать творческие подходы, прежде всего в интересах пациентов.

Образование

Важнейшим из направлений работы ассоциации будет популяризация (в хорошем смысле слова) раздела «аортальная хирургия» в профессиональной среде, а также реализация образовательных программ. Сегодня у нас в стране в лучшем случае сто человек занимаются хирургией аорты, а нужно не менее пятисот.

– Имеющиеся в России полтора десятка центров сердечно-сосудистой хирургии не справляются с задачей по оказанию помощи всем больным с патологией аорты и снижению внезапной смертности, вызванной данной причиной. Моя задача, как директора научного центра, как академика и руководителя направления аортальной хирургии в России – сделать так, чтобы как можно больше врачей любило эту хирургию и владело её технологиями. И чтобы в итоге как можно большее число больных не умирало, а подвергалось радикальным хирургическим вмешательствам. Пока же проблема оказания помощи данной категории больных в нашей стране очень актуальна, в частности, потому, что это очень тяжёлая хирургия. Крайне тяжёлая, – продолжает Юрий Белов.

И вот иллюстрация к сказанному: если по аналогии с персонализированной медициной говорить о персонализированной хирургии, то она особенно наглядно реализуется как раз в аортальной хирургии. Именно здесь, при одном и том же заболевании оперирующий хирург всякий раз принимает решение о том, какое вмешательство выполнять конкретному больному. Причём, с учётом специфики самого процесса аортальной катастрофы принимать такое решение врач вынужден не до операции, опираясь на результаты обследований, а уже интраоперационно, в условиях жёсткого лимита времени. В течение одной минуты, когда аорта выключена из кровообращения, и

запущен АИК, необходимо рассечь сосуд и быстро сориентироваться, в каком направлении продвигается расслоение, чтобы выполнить коррекцию нужного типа из возможных вариантов.

Может ли заведомая сложность хирургического профиля быть привлекательной стороной? Да, может. Но лишь для людей с определёнными личностными особенностями.

– Я занялся аортальной хирургией в конце 80-х годов, когда уже имел огромный опыт выполнения операций аорто-коронарного шунтирования, всех видов сосудистых операций. Но мне было интересно заняться тем, чем в России никто не занимался, причём, самым сложным. Сказал себе, что сделаю это и сделал. Так что загвоздка не только в количестве лечебных учреждений, где есть технические условия для выполнения операций на аорте, а в том, что нужны инициативные, если не сказать отчаянные хирурги, которые хотели бы этим заниматься, – считает директор РНЦХ.

Как хирург, лично выполнивший уже более 3 тыс. операций на аорте и её ветвях, удостоенный Государственной премии РФ как раз за освоение хирургии аневризмы аорты, академик Белов знает, о чём говорит. Он признаётся, что и ему было страшно... но только однажды, в 1993 г., когда он выполнял операцию пациентке с аневризмой дуги аорты и восходящей аорты, недостаточностью аортального клапана. Предстояло впервые заменить аортальный клапан, протезировать восходящую аорту, дугу аорты, и всё это в условиях не только традиционной анестезии, но и с применением метода глубокой гипотермии. Операция прошла успешно, несмотря на очень длительное – в течение 84 минут – отсутствие кровоснабжения мозга. Глубокая, до 14°C, гипотермия тогда доказала свою эффективность как метод защиты головного мозга при таких сложных хирургических вмешательствах.

Организация

Кроме дефицита инициативных хирургов развитие аортальной хирургии в нашей стране тормозится ещё одной, не менее важной проблемой – финансовой.

Стоимость квоты на аорто-коронарное шунтирование (операцию, которая заведомо технически про-

ще) в денежном выражении равна стоимости протезирования дуги аорты либо торакоабдоминальной аорты. А протезирование клапана сердца стоит даже дороже, чем протезирование дуги аорты с сосудами мозга.

– При том, что вмешательство на аорте подразумевает приобретение дорогостоящих протезов, дорогостоящее анестезиологическое обеспечение и очень дорогостоящее послеоперационное выхаживание пациентов. А если у пациента возникает осложнение, и требуется проводить гемодиализ или альбуминовый диализ, мы вынуждены тратить деньги на очень дорогие расходные материалы к аппаратам «искусственная почка» и «искусственная печень». После большой кровопотери необходимо выполнять гемотрансфузию в больших объёмах, дорогостоящую иммунокоррекцию. Стоимость лечения одного пациента с осложнённым течением аневризмы аорты может достигать 3 млн руб. И когда нам не хватает денег по квоте, мы лечим таких больных в убыток для клиники, – подчёркивает директор РНЦХ им. Б.В.Петровского.

Как такое возможно? На этот вопрос у самих аортальных хирургов ответа нет, поскольку участия в формировании тарифов на операции по системе ВМП профессиональное сообщество в данном случае не принимало. Но факт остаётся фактом и он лучше любых слов объясняет, почему главные врачи не горят желанием поддерживать инициативу хирургов и заниматься организацией оказания помощи больным с патологией аорты на базе своих лечебных учреждений.

Профилактика

Аортальная хирургия, как никакой другой раздел медицины, пожинает плоды несвоевременной диагностики патологии аорты на уровне первичного звена здравоохранения. По информации академика Ю.Белова около 37 тыс. человек умирают в России ежегодно от разрыва аневризмы аорты. Это люди, которым не просто помощь оказать не успели, но у большинства из них и диагноза такого в медицинской карте не было.

А могла ли патология аорты быть диагностирована до острой фазы заболевания? Чего греха таить, для многих врачей, считающих разрыв аорты единственным признаком её патологии, ответ академика Белова на этот вопрос окажется неожиданностью:

– Могла. Потому что сегодня в России компьютерных томографов больше, чем в европейских странах. Но нужно, чтобы врачи на уровне амбулаторно-поликлинического звена умели выставлять показания к КТ для больных, которые относятся к группе риска и нуждаются в диспансерном наблюдении.

Чем больше число наших коллег, работающих в поликлиниках, будут владеть этой информацией, тем больше будет становиться доля больных с патологией аорты, которым выполняется не экстренная операция по жизненным показаниям, а проводится плановое хирургическое лечение. И тем заметнее будет снижаться

показатель внезапной смертности, ассоциированной с аортальной катастрофой. Если при диаметре аорты меньше 5 см риск разрыва составляет 5%, то при диаметре больше 5 см он возрастает многократно. В течение какого времени это произойдёт, никто не знает, но то, что эта «граната» рано или поздно рванёт, это точно.

Сообщество российских аортальных хирургов намерено активно вовлекать коллег, имеющих иные врачебные специальности в решение проблемы недиагностированной патологии аорты. Сегодня, если человек обращается к терапевту или гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе, ему выполняют стандартное ультразвуковое исследование: смотрят желудок, почки, поджелудочную железу. Но за редким исключением забывают посмотреть аорту. Отсутствие «аорто-настороженности» оборачивается потерей 37 тыс. жизней ежегодно.

В настоящее время доподлинно известно, что причиной аневризмы аорты у людей старше 50 лет является атеросклероз, а у людей младше 50 лет – генетические заболевания: синдромы Марфана и Элерса – Данло, дегенеративные изменения стенок аорты, соединительно-тканые дисплазии. В общей массе больных с патологией аорты доля людей с генетическими заболеваниями – примерно 20%, а с соединительно-ткаными дисплазиями, которые тоже имеют генетическую детерминанту, но не передаются по наследству – примерно 50%. Иными словами, это люди, которые с детства имеют определённые диагнозы, а значит, они должны постоянно находиться в поле зрения кардиолога. В их медицинских картах на главной странице должна быть надпись: «Риск аневризмы аорты».

По просьбе «МГ» академик Юрий Белов сформулировал рекомендацию для врачей общей практики, терапевтов и кардиологов по своевременному выявлению аневризмы аорты:

– Всем пациентам, у которых имеется генетическая предрасположенность, нужно с определённой периодичностью выполнять ультразвуковое исследование аорты. При подозрении на расширение аорты, выявленное с помощью УЗИ, необходимо проводить КТ аорты как оптимальный и окончательный метод диагностики данной патологии. Всем пациентам старше 50 лет следует раз в 5 лет назначать коронарографию вне зависимости от того, есть жалобы или нет. При невозможности данного исследования делать УЗИ, а затем, в случае выявления атеросклеротических изменений аорты, проводить КТ для подтверждения диагноза и определения тактики лечения.

Казалось бы, организационно простые и не очень финансово затратные методы профилактики разрыва аорты. Но почему всё, что просто, в нашей системе здравоохранения оказывается невозможным для реализации?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото предоставлено
РНЦХ им. Б.В.Петровского.

Иммунология – достаточно молодая наука, рождение которой часто связывают с именем английского врача Эдварда Дженнера, в 1796 г. разработавшего первую в мире вакцину против натуральной оспы. Интенсивные исследования, посвящённые собственной защите организма от инфекционных заболеваний и реакции на вводимые антигены, привели к формированию основных концепций в иммунологии, которые за последние 100 лет не претерпели особых изменений. Сюда можно отнести представления об иммунологической толерантности, о клональности и специфичности клеток и антител, феномен иммунологической памяти. Однако, несмотря на сложившееся фундаментальное представление о функционировании иммунной системы, до сих пор остаётся огромное количество нерешённых частных вопросов.

Вместо предисловия

В наш век молекулярной и клеточной биологии иммунология продолжает стремительно развиваться. В 90-х годах XX века человечество научилось «создавать» нокаутных (knockout) мышей, полностью дефицитных или обладающих частичной активностью таргетного гена, регулируемой управляемым исследователем промоутером, в какой-либо ткани или клетках. Эта knockout технология раскрыла небывалые до того возможности по выяснению роли различных генов в дифференцировке и функциональной активности определённых типов клеток. Другая технология генной инженерии, технология knock-in, позволила изучать активность генов, мутаций и их роль в различных патологиях.

Успехи генной инженерии и технологии создания трансгенных мышей трансформировали и расширили наши представления о функционировании иммунной системы. Так, именно с помощью мышей, дефицитных по экспрессии главного комплекса гистосовместимости класса I (MHC I, major histocompatibility complex, I class), несколько лабораторий смогли разрешить загадку, долгое время остававшуюся неразрешённой – каким образом Т-клетка с определённым TCR (Т-клеточный рецептор, от англ. T-cell receptor), специфическим к определённому антигену, получает сигнал либо на апоптоз, либо на дальнейшую дифференцировку в тимусе. Как оказалось, в основе механизма, который контролирует позитивную/негативную селекцию в тимусе лежит взаимодействие TCR с лигандом, а именно с молекулой MHC класса I в комплексе со «своими» антигенами, характеризующееся аффинностью и авидностью различной степени.

Генные таргетные технологии привели к более глубокому взгляду на апоптоз и выживание клетки, на роль цитокинов, на функцию транскрипционных факторов и на трансдукцию сигнала внутрь клеток. К настоящему времени накоплена информация о роли in vivo различных генов, актуальных для иммунологических реакций. Как структурировать всё разнообразие информации, охватывающей генную активность различных типов клеток, множество различных посредников, тип и регуляцию иммунного ответа? Действительно, нередко можно услышать, что «иммунология – это сложно». А почему? В чём замысел? И в чём заключается сложность? По-видимому, эта сложность вынуждена была сформироваться в процессе эволюции. Сформировалась необходимостью выработки множественных стратегий защиты организма хозяина от великого множества чужеродных антигенов и собственных «нездоровых» сигналов. Отсюда и многоуровневая и разветвлённая система защиты, самым оптимальным образом срабатывающая в каждом конкретном случае.

Ниже с эволюционной точки зрения рассмотрены некоторые частные вопросы.

Толерантность В-клеток

Репертуар BCR (В-клеточных рецепторов, от англ. B-cell receptor)

к антигенам при созревании клеток создаётся случайным образом в результате VDJ-рекомбинации генов иммуноглобулинов. Поэтому BCR должны проходить строжайшую селекцию на проверку специфичности, чтобы удалить В-клетки с BCR, которые активируются на собственные антигены организма.

Тест на аутореактивность проходит в костном мозгу на незрелых В-клетках. М.Бернет предложил в 50-х годах XX века теорию клональной селекции, согласно которой клоны лимфоцитов, активиру-

Зачем природа пошла по механизму спасения и коррекции аутореактивных В-клеток, когда в арсенале есть разные возможности избавления от ненужного – например, апоптотическая смерть? На экспериментах с химерными мышами было показано, что процесс коррекции рецептора аутореактивных клонов высокоэффективный и происходит во всех В-клетках, сводя на нет клональную элиминацию и сохраняя частоту вновь образованных клонов и поддерживая их разнообразие. Клональная элиминация

развития тимоцитов, значимости их микроокружения и дифференцировки $\alpha\beta$ и $\gamma\delta$ -рецепторов. Одна из замечательных находок – это то, что тимоцит проходит в ходе созревания множество точек контроля – check points. Так, было показано, что тимоциты экспрессируют пре-TCR и что экспрессия этой молекулы является первым важным рубежом контроля дальнейшего созревания Т-клетки. Дальнейшая стимуляция TCR приводит к координированной активации различных сигнальных участников. Клетки

Т-клеток в тимусе, не представляет собой ничего особенного и вполне сравнимо с тем, что происходит на периферии.

Активация Т-клеток

Пусковым моментом активации Т-клетки как предшественников в тимусе, так и зрелых Т-лимфоцитов, служит сигнал от TCR-рецептора. Однако, молекулярная диссекция, проведённая с помощью мутантных мышей, показала, что при этом существуют фундаментальные

В клиниках и лабораториях

Иммунология. В чём её сложность? Взгляд на некоторые нерешённые частные вопросы



Э.Дженнер

щиеся на собственные антигены организма, элиминируются, чтобы предотвратить аутоиммунный ответ против себя. Из ранних работ в 70-80-е годы на основе введения IgG новорождённым животным заключалось, что клональная элиминация является главным механизмом, поддерживающим центральную толерантность созревающих аутореактивных В-клеток, гарантирующую элиминацию аутореактивных клонов и предотвращение иммунных ответов против самого себя.

Однако поздние работы показали, что это не так, и что клональная элиминация не является здесь главным механизмом. Она срабатывает в случае сбоя другого механизма – механизма коррекции или редакции рецептора (от англ. Receptor editing).

В 1993 г. несколько исследователей групп сообщило о том, что есть другой любопытный механизм, который позволяет избавиться от незрелых В-клеток, с высокой авидностью реагирующих с собственными антигенами, причём В-клетки не погибают, получив апоптотический сигнал, а остаются живы и продолжают свою дальнейшую дифференцировку до зрелых В-клеток.

Оказалось, что В-клетки способны редактировать свой рецептор, корректируя его таким образом, что BCR становится не аутореактивным. Происходит это за счёт реактивации программы реаранжировки генов иммуноглобулинов L-цепей (Н-цепи значительно реже корректируются). Экспрессируется новая L-цепь (лёгкая цепь иммуноглобулинов), которая в сборке со старой Н-цепью (тяжёлой цепью иммуноглобулинов) приводит к формированию нового BCR, не являющегося аутореактивным и даёт возможность В-клетке созреть и выйти на периферию. Так в 90-е годы родилась новая концепция толерантности В-клеток, влекущая за собой, при этом, новые вопросы.

может происходить в случаях, когда Н-цепь вносит значительный вклад в аутореактивность, когда В-клетка израсходовала все варианты реаранжировки по к-локусу, или когда В-клетка остаётся аутореактивной после реаранжировки λ -цепи иммуноглобулинов.

Действительный вклад клональной элиминации при созревании В-клеток остаётся неясным и возможно, является незначительным на основании следующих рассуждений. Данные по изучению репертуара BCR указывают, что 50-70% клонов являются аутореактивными. 30-35% незрелых клонов проходят процедуру коррекции рецептора. Оставшиеся 15-35% клеток должны подвергаться другому процессу селекции, возможно, клональной элиминации или анергии.

С другой стороны, толерантность В-клеток уже на периферии может регулироваться пространственным паттерном антигена и доступностью помощи от Т-клеток. Как выяснилось на тех же экспериментах с экспрессией трансгенного антигена В-клетками, на периферию не выходят В-клетки, специфичные к мембранно-связанному антигену. Тогда как в случае с растворимой формой этого же антигена, аутореактивные к нему клетки появляются на периферии.

Возможно, здесь оказывает влияние пространственный паттерн антигена? И тогда, может, В-клетка вообще не нуждается в селекции для проявления толерантности? Ведь для того, чтобы её активировать, необходимо одно из двух условий: либо антиген должен быть мультимерным, обладать повторяющимся пространственным паттерном для связи с BCR, либо он должен быть узнан В-клеткой вместе с поликлональным активатором В-клеток, например липополисахаридом.

В противном случае, связывание BCR с мономерным или олигомерным антигеном возможно только при условии помощи от Т-клеток, в свою очередь, прошедших этап негативной селекции в тимусе. В связи с этим возникает вопрос, действительно ли В-клеткам нужно быть толерантными, анергичными? Возможно, все эти механизмы не являются необходимыми, так как активировать В-клетку не так просто. Паттерн антигена, наличие липополисахарида бактерий или специфической Т-клетки, возможно, уже сами по себе обеспечивают достаточную эволюционную защиту от аутореактивности.

Развитие Т-клеток

Т-клетки развиваются в тимусе из предшественников, пришедших из костного мозга. И здесь генные модели оказались чрезвычайно полезными в понимании стадий

проходят несколько строго определённых стадий развития, каждая из которых может быть определена фенотипически по экспрессии поверхностных маркёров, таких как CD3, CD4, CD8, CD25, CD44, c-kut, а также по статусу созревания TCR.

Вначале тимоциты проходят стадию дважды негативных клеток, то есть клеток, не несущих ни CD4-, ни CD8-антиген. Они разделяются на субпопуляции по комбинаторной экспрессии CD25, CD44 и c-kut. Далее эти тимоциты созревают до дважды позитивных (по CD4 и CD8), через промежуточные однопозитивные клетки с незрелым $\alpha\beta$ TCR. Дважды позитивные клетки, экспрессирующие комплекс $\alpha\beta$ TCR-CD3 проходят процесс отрицательной или положительной селекции на основе активности взаимодействия с комплексом $\alpha\beta$ TCR-CD3 с молекулами главного комплекса гистосовместимости (MHC). В дальнейшем, небольшой процент дважды позитивных клеток созревает в однопозитивные CD4+CD8 – или CD4-CD8+ зрелые Т-клетки.

Были сделаны попытки обнаружить гены, избирательно отвечающие за положительную или негативную селекцию в тимусе. Но на настоящий момент мутация, которая бы недвусмысленно разделяла процессы положительной и отрицательной селекции в тимусе пока неизвестна.

Таким образом, на настоящий момент существует такая многоступенчатая модель развития тимоцита. Существует сеть сигналов дифференцировки и выживания, которые переплетаются во времени и последовательности, и в результате тимоцит созревает.

До сих пор остаётся до конца неясной регуляция негативной селекции тимоцитов – выбраковка тимоцитов, взаимодействующих со своими антигенами. Тимоциты с Т-клеточным рецептором, с высокой аффинностью взаимодействующим с MHC, презентующим «свой» антиген, уходят в апоптоз после сигнала, генерируемого в результате высокопрочного связывания. С другой стороны, возможно, что негативная селекция в тимусе не является результатом какого-то сигнального молекулярного каскада и её стоит рассматривать как результат гиперстимуляции или избыточной индукции всех доступных предшественников Т-клеток. Очевидно, что эта ситуация легко достижима для Т-клеток с TCR, реагирующими с высокой аффинностью с собственными антигенами организма в течение времени сборки TCR, приводящая к истощению пула таких высокоаффинных к собственным антигенам тимоцитов. Возможно, таким образом, что негативная селекция или удаление

различия в путях их активации. Такие молекулы, как PKC θ и Bcl10 необходимы для пролиферации и активации NF-В-опосредованного сигнала. Сигнал, полученный от TCR, передаётся внутрь клетки за счёт реструктуризации цитоскелета клетки и формированием так называемого иммунологического синапса (супрамолекулярного активационного кластера, включающего TCR, множество молекул, участвующих в передаче сигнала, и различных молекул – адаптеров) между Т-клеткой и антигенпрезентирующей клеткой. Ключевую роль в регуляции этих процессов принимают белки Vav1 и WASP. Внутриклеточная передача сигнала также была распутана с помощью таргетных мутаций на мышиных моделях. Белок семейства убиквитинов c-Cbl необходим в роли ингибитора передачи сигнала с TCR.

Довольно любопытными оказались эксперименты по IL-2, про который известно, что in vitro он является главным фактором, необходимым для пролиферации клеток. К изумлению исследователей, лимфоциты мышей, дефицитных по IL-2 или по какой-либо субъединице его рецептора, не только обладали способностью к активации, но и были вовлечены в аутоиммунные процессы, характеризующиеся лимфопролиферацией. Сейчас понятно, что этот результат является следствием дублирования функций IL-2 другими цитокинами – IL-15 и IL-21.

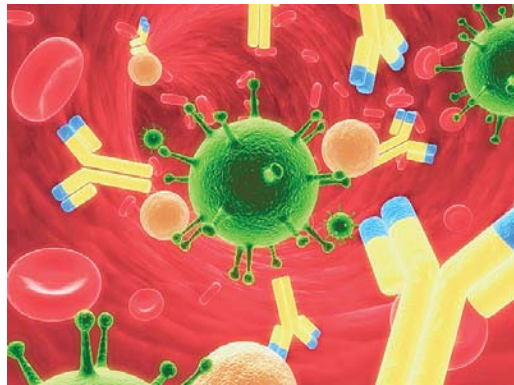
Активация Т-клеток является результатом баланса сигналов между активацией TCR, сигналов ко-стимуляции и величиной порога от ингибиторных регуляторных молекул. Ко-стимуляция – жизненно необходимый этап для пролиферации и дифференцировки Т-клеток. Мыши, дефицитные по CD28, не способны развивать активацию зрелых лимфоцитов и являются дефектными по функции Т-клеток. Анализ мышей, дефицитных по CD80/CD86, показал, что эти молекулы необходимы для переключения класса синтеза иммуноглобулинов и формирования герминального центра. CD28 также играет роль в развитии периферической толерантности и предотвращения развития анергии. CD28 также снижает число TCR, необходимых для запуска низкоаффинными лигандами, расширяя этим репертуар Т-клеток. CTLA4 (CD152) – негативный регулятор (ингибитор) активации Т-клеток.

Мыши, дефицитные по этому гену, обладали распространённой активацией Т-клеток и безудержной лимфопролиферацией. Влияние этой молекулы на иммунную систему оказывается благодаря её эффекту на иммунорегуляторные CD4+CD25+клетки. PD1 является

ещё одним ингибитором активации Т-клеток. Члены семейства TNF и его рецепторы также вовлечены в активацию Т-клеток. CD40, которая, главным образом, экспрессируется на профессиональных антиген-презентирующих клетках, таких как В-клетки, дендритные клетки, макрофаги. В-клетки мышей, которые дефицитны по CD40, не могут взаимодействовать с CD40L на лимфоцитах, что приводит к сбою в Т-В-клеточной коллаборации и ухудшению гуморального ответа. Работы на этих животных также показали, что это взаимодействие регулирует экспрессию CD80, только усиливая сетевую природу взаимодействий между лимфоцитами и антигенпрезентирующими клетка-

единение функций по регуляции гемостаза и скринингу микробактериальной угрозы оправдано – ведь при травме или повреждении сосуда, когда велик риск кровотечения, не менее велика опасность и проникновения патогенной флоры. И действительно, тромбоциты – самые первые клетки, прибывающие к месту потенциальной инфекции в большом количестве.

По хемотаксическому градиенту тромбоциты устремляются к очагу инфекции, привлекаемые специфическими бактериальными пептидами, белками системы комплемента C3a и C5a, хемокинами всех 4 типов и другими белками острого ответа на инфекцию. Бактериальные пептиды с N-formyl-группой взаимодействуют с формильным рецептором тромбоцитов, приводя к перестройке цитоскелета, мобилизации кальция, активации и дегрануляции тромбоцитов. В довершение к собственному хемотаксису, тромбоциты координируют хемотаксис других иммунных клеток, высвобождая так называемые киноцидины (антибактериальные хемокины) CXCL4 (PF-4), CCL5 (RANTES). Таким образом, мгновенный ответ тромбоцита на инфекцию запускает



Вездесущие антитела

ми в ходе активации Т-лимфоцитов. Идентификация множества ко-стимуляционных лигандов и выяснение их последовательной роли в этом процессе раскроет сложность процесса активации лимфоцитов.

Т-клетки: игнорирование антигена, активация или гибель

Т-клеточный ответ (равно как и В-клеточный) может быть индуцирован только в организованной лимфоидной ткани. И здесь стоит упомянуть о так называемой теории «опасности» или теории двух сигналов: клетка, встретившая антиген, активируется только, если она получит ещё дополнительный ко-стимуляционный сигнал (например, через взаимодействие CD40-CD40L, B7-1-CD80 или B7-2-CD80, или посредством IL-2). Интересно то, что активируется клетка только при условии встречи с антигеном в лимфоидной ткани. Так, фибробласт, экспрессирующий чужеродный антиген, но не способный получить второй сигнал, будет напрямую атакован цитотоксическими Т-лимфоцитами, если он достигнет лимфоидной ткани. Поэтому антигены, чужеродные или свои собственные, представленные в избытке на клетках солидных тканей за пределами лимфоидной ткани, иммунологически игнорируются как Т-, так и В-клетками.

Врождённый и приобретённый иммунитет

До недавнего времени бытовала парадигма о том, что существуют 2 звена иммунитета – врождённый (эволюционно более древний, неспецифический иммунитет) и приобретённый (эволюционно более поздний, специфический клеточный иммунитет). Считалось, что это – 2 независимо действующих звена и, более того, что адаптивное звено, имеющееся только у позвоночных, более совершенное. Сейчас считается, что они не только не независимы, но и что врождённое звено регулирует адаптивное звено.

Время тромбоцитов

Тромбоциты долгое время считались клетками, регулирующими исключительно гемостаз. Но в настоящее время убедительно накапливаются данные о присущей тромбоцитам функции профессиональных иммунных эффекторных клеток. Тромбоциты стоят на уникальном пересечении путей гемостаза и антимикробной защиты организма. Функционально объ-

быструю и целенаправленную защиту организма.

Тромбоциты могут участвовать в защите хозяина от инфекции, атакуя её, буквально, с разных сторон. Так, с одной стороны они действуют прямо, являясь клетками-сенсорами, которые первыми «улавливают» патоген и быстро выделяют защитные противомикробные пептиды; с другой стороны, тромбоциты привлекают к месту инфекции лейкоциты и усиливают их антимикробную активность. И наконец, тромбоциты могут координировать клеточный ответ, способствуя взаимодействию Т- и В-клеток.

Прямой механизм антимикробной защиты тромбоцитов заключается в том, что тромбоциты непосредственно взаимодействуют с патогенным микроорганизмом, узнавая PAMP (патогенассоциированные молекулярные образы) через PRR (узнающие паттерн рецепторы), представленные семьёй TLR-рецепторов и другими членами супер-семейства IL-1-TLR. Конститутивно тромбоциты экспрессируют низкий уровень TLR2, TLR4, TLR9, но при активации повышается экспрессия и других TLR. Активированные через TLR тромбоциты активируют и другие клетки – усиливая экспрессию CD40L и CD62P, вступают в контакт с лейкоцитами, образуя агрегаты. Тромбоциты способны узнавать и различным образом отвечать на различные варианты PAMP, выбрасывая меняющийся спектр цитокинов и формируя различный паттерн активации других клеток.

Подобно нейтрофилам и другим профессиональным гранулоцитам, тромбоциты в своих гранулах несут ряд белков и пептидов, обладающих антимикробной активностью, которые они высвобождают непосредственно в кровеносное русло после активации через PAMP. Это киноцидины (CXCL4, CXCL7, CCL5), дефензины (β-дефензин-2), производные антимикробных пептидов (напр. фибринопептид А, фибринопептид В) и тромбоцидины. Интересно, что тромбоцитарные киноцидины отличаются от типичных антимикробных пептидов рядом свойств. Во-первых, они высвобождаются в кровеносное русло, тогда как профессиональными гранулоцитами они высвобождаются либо внутри фагоцита, либо на слизистую, так как в крови они токсичны или, напротив, инертны. Во-вторых, киноцидины тромбоцитов обладают явными иммунорегуляторными свойствами, включая хемотаксис и активацию других клеток, тогда как классические антимикробные пептиды, включая дефензины, обладают слабой иммунорегуляторной активностью. В-третьих,

производные киноцидинов после протеолитического расщепления сохраняют сильную антимикробную активность. Подобный протеолиз приводит к появлению более широкого спектра антимикробных пептидов.

Помимо антимикробных пептидов, тромбоциты производят и перекись водорода, но в значительно более слабой концентрации, чем нейтрофилы. Вообще, роль тромбоцитов, как профессиональных фагоцитов изучается и требует ещё дальнейшего изучения. Однако было предложено, что они скорее функционируют как «покрывающие» (от англ. covercyte), покрывая собой патогены и поглощая его системой канальцев, связанных с поверхностью. Тромбоциты могут функционировать и как платформы для больших антимикробных комплексов.

В дополнение к прямому защитному механизму тромбоциты привлекают и усиливают действие других комплементарных систем защиты организма. Тромбоциты могут образовывать агрегаты с нейтрофилами, способствовать формированию нейтрофильных экстраклеточных ловушек (neutrophil extracellular traps) для патогенов. Тромбоциты активируют дендритные клетки, ускоряя их созревание и представление антигена Т- и В-клеткам. Взаимодействие тромбоцита с патогеном и узнавание комплекса дендритной клеткой приводит к усиленной продукции цитокинов дендритной клеткой, включая INF-γ, IL-12, IL-4 и ко-стимуляционную пару CD80-CD86 миелоидными дендритными клетками. Это может значительно поляризовать иммунный ответ, направляя его против патогена максимально эффективным образом. Таким образом, направленное предоставление патогена тромбоцитами антиген-презентирующим клеткам и формирование их ответа координируют врождённое и адаптивное звено иммунитета, приводя к оптимальной антимикробной защите.

Тромбоциты могут поляризовать и Т-клетки, направляя иммунный ответ в сторону Th-1 или Th-17, но не Th-2. Интересно, что тромбоциты модулируют баланс Т-регуляторных клеток, например, CXCL4 контролирует соотношение CD4+CD25+T-рег. клеток к CD4+CD25 – Т-клеткам.

Таким образом, новые данные по антимикробному действию тромбоцитов приводят к пересмотру многих частных вопросов и обращают к ним внимание не только исследователей, но и клиницистов и фармакологов. Интересен потенциал терапии обогащённой тромбоцитами плазмы в хирургической практике или при заживлении ран – известно, что тромбоцитопения или сниженная функция тромбоцитов повышает риск тяжести течения инфекционных заболеваний.

В качестве заключения

В наши дни, несмотря на сложившиеся фундаментальные концепции в иммунологии, она продолжает развиваться, ставя всё новые и новые уточняющие вопросы. А современные молекулярно-генетические технологии делают её открытой для дальнейших исследований. Значимость иммунологии переоценить сложно. Являясь частью психо-нервно-эндокринной регуляторной сети, иммунная система чутко реагирует на все экзогенные и эндогенные сигналы в организме. Поэтому знание и понимание её функционирования и расшифровка её собственных сигналов являются чрезвычайно важными для понимания состояния организма человека и требует глубокого изучения.

Марина ЛОГИНОВА,
старший научный сотрудник
лаборатории атеротромбоза,
кандидат биологических наук.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

**Для работы в районной больнице
в пгт Междуреченский Кондинского района,
ХМАО – Югра
(местность приравнена к району Крайнего Севера)**

требуются специалисты
с высшим медицинским образованием:

ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ,
ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ,
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ,
ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ,
ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная
выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет
в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: <http://kondazdrav.ru>,
e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Советская районная больница»
(местность приравнена к району Крайнего Севера)**
приглашает на постоянное трудоустройство
ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:
► единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб.
(Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры
«О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья
граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
► служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача
по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: sovhospital@sovbolnica.pf
Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

Анализ и прогнозы

Альцгеймер: слабые места

**Учёные Университета Сус-
секса разработали новый белок,
который может пролить свет на развитие болезни
Альцгеймера. У людей с данным заболеванием бета-амилоидные белки приклеиваются друг к другу и образуют амилоидные клубки. Так формируются отложения между нейронами в мозгу. Считается, что скопление данных белков провоцирует клеточную смерть и когнитивный упадок.**

При этом, оказывается, склеиваемые белки и отдельные белки обладают разными свойствами. Новый, созданный учёными белок очень напоминает бета-амилоидный по размеру и форме. Но в нём две другие аминокислоты. Поэтому новый белок не может формировать клубки и не токсичен для клеток. Таким образом, перед нами мощное средство для исследования заболевания. Если учёные поймут, как остановить склеивание белков и почему они убивают нейроны, им удастся остановить развитие болезни Альцгеймера.

Перспективы

От малярии и рака

Широко применяемый противомаларийный препарат можно, как оказалось, использовать для лечения целого ряда онкологических заболеваний, говорят учёные. Среди них рак лёгких, кишечника, мозга, головы и шеи.

На руках учёных вполне обнадеживающие результаты испытаний препарата на мышах. Более того, клинические испытания уже начались в Оксфорде с участием раковых пациентов. Учёных привлекает

А по результатам других исследований обнаружено, что пластырь с женским половым гормоном эстрогеном снижает риск развития слабоумия после наступления менопаузы. Благодаря эстрогену в мозгу уменьшается количество амилоидных отложений, характерных для деменции. В Клинике Майо проанализировали данные 68 женщин в возрасте от 42 до 59 лет с целью оценить эффекты гормональной терапии вскоре после начала менопаузы. 21 пациентка пользовалась пластырем с эстрогеном, 17 – таблетками с этим гормоном, а 30 получали плацебо.

Через 3 года их обследовали с помощью ПЭТ. У участниц, использовавших пластырь, амилоидных отложений в мозгу оказалось меньше по сравнению с теми, кто принимал плацебо. Наиболее заметно это было у женщин с геном APOE E4, связанным с болезнью Альцгеймера. Таблетки с эстрогеном риск деменции не снижали.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Hindu.

низкая стоимость препарата. Также они надеются, что средство сможет сделать стойкие опухоли вновь чувствительными к лучевой терапии. Препарат уменьшает скорость, с которой раковые клетки используют кислород. И происходит это за счёт воздействия на митохондрии – энергетические центры клеток. А полностью насыщать кислородом опухоль проще убить лучевой терапией.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам The Times of India.

Исследования

Цена неподвижности

Австралийские учёные впервые в истории рассчитали финансовые затраты, которые несёт весь мир из-за малоподвижного образа жизни.

Исследование продемонстрировало, какое огромное экономическое бремя представляет собой современный «сидячий» мир. Учёные проанализировали прямые медицинские затраты, потери производительности и расходы на содержание инвалидов для пяти основных неинфекционных заболеваний: ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет 2-го типа, рак молочной железы и рак толстой кишки.

На основе данных из 142 стран, в которых живут 93,2% населения Земли, исследователи выяснили, что в 2013 г. влияние гиподинамии на эти заболевания и смертность от всех причин обошлось мировой экономике в более чем 67,5 млрд долл., включая 53,8 млрд прямых затрат (расходы

на здравоохранение) и 13,7 млрд косвенных (потери производительности). Из них 31,2 млрд долл. – суммарные потери в налоговых поступлениях за счёт расходов на здравоохранение, 12,9 млрд – оплата медицинской помощи в негосударственном здравоохранении страховыми компаниями, 9,7 млрд – расходы пациентов на лечение заболеваний, вызванных гиподинамией, из своего кармана. Лечение диабета 2-го типа обошлось в 37,6 млрд долл. (70%) от прямых затрат.

«Отсутствие физической активности становится глобальной пандемией, которая не только приводит к болезням и ранней смерти, но налагает значительное бремя на экономику, – сказал ведущий автор исследования доктор Мелоди Дин из Университета Сиднея, старший научный сотрудник из Университета школы общественного здравоохранения. – Наше исследование показало, что это бремя распределяется неравно-

мерно по регионам. В целом в бедных странах меньше пользуются медицинской помощью, а значит, несут меньше расходов. Но бедные платят больше всех в плане преждевременной смерти и болезней. В мире экономические последствия физической инертности увеличатся, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, если не будут приняты меры по улучшению уровня жизни населения, физической активности».

Как заявил профессор Адриан Бауман из Сиднейского университета, увеличение физической активности – это важная инвестиция, которую следует рассмотреть правительствам, она может привести к сокращению расходов на здравоохранение и повышению производительности на рынке труда.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала Lancet.

Кстати

Сколько можно сидеть без риска заболеть

Новое крупномасштабное исследование американских учёных выявило, сколько часов каждый день можно проводить сидя без вреда для сердечно-сосудистой системы.



Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает, если сидеть более 10 часов в день

Принято считать, что сидячий образ жизни увеличивает риск развития целого ряда заболеваний, в том числе сахарного диабета и сердечно-сосудистых патологий, а также повышает риск преждевременной смерти. Чтобы подтвердить или опровергнуть наличие такой связи, исследователи из университетов Техаса и Миннесоты, а также Висконсинского медицинского колледжа проанализировали две крупнейшие базы медицинских данных – EMBASE и MEDLINE. Они содержали данные более 720 тыс. пациентов со средним возрастом 54,5 года.

В ходе анализа учёные обнаружили, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний начинает возрастать, когда человек сидит более 10 часов в день. При этом становится максимальным при показателе 12,5 часа, но повышается при этом лишь на 14% по сравнению с теми, кто проводил сидя 2,5 часа в день. При промежуточных показателях риск не изменялся.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

По сообщению JAMA Cardiology.

Однако

Иногда лучше смерть?

Исследовательская группа из Университета Пенсильвании (США) опросила 180 пациентов, страдавших серьёзными заболеваниями. Им был предложен список из 10 различных состояний, среди которых необходимость пользоваться аппаратом ИВЛ или, например, передвижение на инвалидной коляске.

Всем участникам опроса нужно было оценить, что страшнее: столкнуться с одним из таких состояний либо умереть. Каждое состояние предлагалось оценить по 5-балльной шкале. Все пациенты были старше 60 лет и страдали тяжёлыми заболеваниями, например распространённой формой рака.

Оказалось, что многие посчитали недержание мочи или кала, а также необходимость подключения к аппарату ИВЛ, более страшным, чем смерть, – такое мнение высказали более 50% опрошенных.

Многие также ответили, что жить в состоянии деменции, не иметь возможности самостоятельно встать с кровати или потерять способность самостоятельно принимать пищу и потому питаться только через зонд, равносильно смерти или даже хуже её.

Большинство при этом считало, что пользоваться инвалидной коляской гораздо лучше, чем умереть, – только 5% опрошенных были не согласны с этим. Около 75% ответили, что потеря способности выходить из дома или не-

обходимость терпеть умеренную боль лучше смертельного исхода. Примерно 50% респондентов предпочли бы жить в доме престарелых, чем умереть, хотя остальные участники опроса считают, что такой исход равносильно смерти или даже хуже её.

Исследователи отмечают, что часто в медучреждениях врачи продолжают поддерживать жизнь пациентов, которые неспособны жить без специальной аппаратуры. С другой стороны, многие больные, столкнувшись с серьёзным заболеванием, недооценивают своё состояние и не готовы бороться за жизнь.

Ян РИЦКИЙ.

По информации livescience.com

Взгляд

Давно известно, что красное мясо в больших количествах – не самая лучшая основа для рациона. Этот факт снова получил подтверждение – на этот раз в работе учёных из Гарвардского университета.

Мясо! Избавьте...

По итогам исследования, продолжавшегося несколько лет, было выявлено, что потребление белка животного происхождения часто ассоциировано с более ранней смертью и более высоким уровнем заболеваемости (особенно у полных людей), а растительный белок, наоборот, ведёт к снижению смертности.

В исследовании участвовало более 130 тыс. работников сферы здравоохранения. Половина участников получала 14% энергии ежедневно из животных белков (мясо, масло, яйца), а 4% – из протеинов растительного происхождения (бобовые, крупы, орехи). На момент начала исследования участникам было по 49 лет, большинство – женского пола. К концу исследования около 36 тыс. респондентов умерло, из них 13 тыс. – от онкологических заболеваний, чуть меньше 9 тыс. – от сердечно-сосудистых. Принимая во внимание, в том числе, образ жизни участников – склонность к лишнему весу, употребление алкоголя, курение, отсутствие физической активности, – учёные нашли корреляцию между рационом человека и риском наступления преждевременной смерти.

Выяснилось, что каждые дополнительные 3% калорий, получаемых из растительного белка,

снижали вероятность умереть во время исследования на 10%. Протеины, получаемые из мяса, масла и яиц, имели обратный эффект – каждые дополнительные 10% увеличивали шанс умереть раньше времени на 2%, и на 8% – вероятность развития сердечно-сосудистого заболевания. Кроме того, люди, которые имели лишний вес, значительно больше рисковали своим здоровьем, употребляя животный белок, чем те, у кого был нормальный индекс массы тела. Не участвовавшая в исследовании специалист по питанию Пагона Лагью пояснила, что это может быть связано с внутренними воспалениями или расстройствами метаболизма, которые могут усилить негативный эффект, производимый белками животного происхождения.

Руководитель научной работы Мин Ян Сун и его коллеги также выяснили, что люди, которые вели здоровый образ жизни, предпочитали в качестве источника белка употреблять индейку и рыбу, а те, кто не обращал внимания на своё здоровье, чаще ели яйца, красное мясо и масло с высоким содержанием жира. В последней группе смертность была выше.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации techtimes.com

Игел

С курением пора завязывать



Министр здравоохранения австралийского штата Квинсленд Кэмерон Дик поддержал идею Совета по раку о пожизненном запрете курения для всех, кто родился после 2001 г. Однако оговорился, что подобные меры должны быть тщательно продуманы и сейчас принимать их преждевременно.

«Могут иметь место непредвиденные последствия – необходимо продумать возможные сложности, в частности в таких туристических районах, как Золотое побережье», – подчеркнул чиновник.

Ранее парламент штата принял закон, запретивший курение на автобусных остановках, в такси, на территории образовательных и спортивных учреждений, скейт-парков. В заведениях по уходу за пожилыми курение запретили в палатах, разрешив его только в специально отведённых местах.

Примечательно, что, по данным ВОЗ за 2011 г., 2,8 млн жителей Австралии в возрасте от 18 лет (16,3%) курят ежедневно. Каждый год от болезней, связанных с курением, умирают около 15 тыс. австралийцев.

По данным же министра, порядка 30% австралийцев выкуривают не менее одной сигареты в день, до 15% курят минимум в течение 15 лет.

Что характерно, Австралия – первая из стран, где вступил в силу закон о запрете брендованных пачек сигарет. С 1 декабря 2012 г. всех производителей табака в стране обязали реализовывать свою продукцию в идентичной упаковке, 75% лицевой стороны которой занимают картинки с предупреждениями о вреде курения. Марку сигарет указывают внизу пачки мелким шрифтом.

Марк ВИНТЕР.

По материалам The Guardian.

Миша родился в бедной крестьянской семье в Чувашии. С раннего детства он помогал родителям по хозяйству. Любознательный, смелый мальчишка, ходивший в лаптях, рвался в школу. Стал в ней первым учеником. А когда окончил школу колхозной молодёжи, 5 лет работал на Шумерлинском деревообрабатывающем комбинате организатором соцсоревнования и хозрасчётных бригад и счётным работником.

Упорство и труд всё перетрут

В 20 лет Михаил поступает в Горьковский медицинский институт. При своей внешней неказистости обретает здесь всеобщее уважение и даже восхищение своим исключительным трудолюбием и упорством, скромностью, начитанностью и глубокими знаниями. Михаил светился внутренней красотой, да и учился он лучше всех. Его влечёт хирургия. Клиническая наблюдательность и быстрое освоение мануальных навыков приводят к серьёзным успехам. Михаилом Григорьевым гордится курс. У него много друзей. Среди них первый – Лев Хитрин, сын портного, испытывавший все «прелести» подвальной полуголодной жизни на Окском Откосе и тоже тянувшийся к хирургии. В июне 1941 г. друзья получают дипломы врача. Одновременно грянула война. И оба, не разлучаясь, сразу отправились на фронт.

На войне

И Михаил Григорьевич и Лев Хацкелевич в жутких условиях отступления Красной Армии безостановочно сутками оперировали раненых. Затем горесть поражений сменилась радостью побед, но работы друзьям прибавилось.

Ордена Красной Звезды появились на груди у фронтовых хирургов. Организационные способности Михаила заметили и его назначили командиром медицинской роты и ведущим хирургом медсанбата. Несмотря на невероятные нагрузки, Григорьев анализировал накопленный огромный опыт по лечению военно-травматического шока, положенного в основу его кандидатской диссертации.

В 1945 г. майор медицинской службы Михаил Григорьев демобилизовался. Женился на фронтовой подруге Анне, родившей ему двоих сыновей.

33 года директорства

Михаил Григорьевич устроился в Горьком на работу младшим научным сотрудником открывшегося здесь Института восстановительной хирургии, травматологии и

Имена и судьбы

Дело надо делать!

Это была любимая присказка крупного травматолога-ортопеда Михаила Григорьева (1916-2007), 100 лет со дня рождения которого исполняется в сентябре



ортопедии. Его монография по изучению шока в 1946 г. была удостоена премии Совета Министров СССР как одна из лучших по научному обобщению опыта советской медицины в Великой Отечественной войне. Затем была успешно защищена и сама диссертация. Григорьев стал старшим научным сотрудником, а вскоре и заведующим детским ортопедическим отделением. По совместительству он много лет работал доцентом курса военно-полевой хирургии Горьковского медицинского института.

Выдающийся учёный академик Николай Николаевич Блохин, оставив в 1951 г. пост директора института, рекомендовал на своё место М.Григорьева, видя в нём достойного преемника. И не ошибся. 35-летний Михаил Григорьевич стал у руля большого дела и 33 года неистово трудился на благо Родины.

Его высокие деловые качества были признаны и в Минздраве РСФСР, и в Обкоме партии, и в Горсовете, членом исполкома которого он состоял несколько десятилетий.

Орден Ленина – награда Михаилу Григорьевичу к 750-летию города на Волге – венчала его свершения.

Мне доводилось видеть «изнутри», как созидает Михаил Григорьевич. Он был масштабен в свои замыслах, упорен и изощрён в их осуществлении. Сколько анонимок и иных подлостей ему пришлось претерпеть! Но Григорьев боролся и не отступал.

Огромные достижения Михаила Григорьевича как директора очевидны. Было сделано два пристроя к первоначальному зданию и построено ещё 4 корпуса. Площади института увеличились в 8 раз (!). Это позволило расширить клиническую базу с 200 до 500 коек, организовать новые отделения и лаборатории, а также виварий и экспериментальные мастерские. Были созданы Всероссийский ожоговый центр, межобластные центры по борьбе с полиомиелитом и нейрохирургический. Горьковский институт травматологии и ортопедии (ГИТО) явился пионером в Советском Союзе по развитию промышленной реабилитации. В итоге под руководством М.Григорьева ГИТО превратился в одно из крупнейших научно-исследовательских учреждений страны.

Новатор

Научные изыскания Михаила Григорьевича касались проблем детской ортопедии, травматологии, ожоговой болезни, сочетанных повреждений. Ему принадлежит приоритет успешного выполнения аллопластического и гомопластического замещения головки бедренной кости при патологическом вывихе бедра у ребёнка.

Вместе со своими учениками учёным разработана система профилактики и лечения паралитических форм полиомиелита. Это явилось темой докторской диссертации М.Григорьева, успешно защищённой в 1964 г. Для преодоления последствий параличей конечностей (таких, как контрактуры, разболтанность суставов, сколиоз) предложены различные конструкции ортезов и оригинальные операции. Благодаря этому более чем у 50% больных детей, обречённых на инвалидность, были восстановлены функции опорно-двигательного аппарата.

Михаил Григорьевич внёс большой вклад в разработку особенностей шока при сочетанной черепно-мозговой травме. Вместе со своими сотрудниками он показал, что вследствие мозговых повреждений ряд характерных черт травматического шока затухивается, что затрудняет

его распознавание. Впервые было установлено, что сочетанная черепно-мозговая травма осложняется шоком более чем в трети наблюдений. Эректильная фаза шока удлинена по времени и потому её чаще регистрируют в стационаре по сравнению с классическим травматическим шоком. Исследования, проведённые в ГИТО, выявили такие важные для диагностики, дифференциации и тактики лечения шока при черепно-мозговых повреждениях, сочетанных с переломами костей конечностей, необычные признаки, как возможность протекания на фоне нарушенного сознания, брадикардии, гипертермии, расстройства дыхания, а также менингеальной и очаговой неврологической симптоматики.

Михаил Григорьевич создал школу детских ортопедов, одну из крупнейших в стране, которая, широко используя новые технологии, продолжает творчески развивать наследие учителя.

Профессор Григорьев и моя судьба

Когда я в 1962 г. окончил аспирантуру по неврологии в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко и защитил кандидатскую диссертацию, меня в течение года никуда не брали на работу. А Михаил Григорьевич, лишь взглянув на меня, взял старшим научным сотрудником в создающийся в Горьком Межобластной нейрохирургический центр. Конечно, я постарался оправдать его надежды и проработал под началом профессора М.Григорьева 22 года.

Мы подружались. Катались даже в 30 градусные морозы на лыжах. Встречались на праздниках в квартире Григорьевых на Откосе или у гостеприимных Хитриных. Моё 50-летие прошло под «дирижёрством» Михаила Григорьевича. Вместе (конечно, ещё Александр Фраерман) писали книгу «Сочетанная черепно-мозговая травма», получившую премию имени Н.Н.Бурденко АМН СССР.

Однажды Михаил Григорьевич предложил мне стать учёным секретарём института, пост достаточно высокий, да и зарплата существенно выше, чем у

старшего научного сотрудника. Я вежливо, но твердо отказался. Когда я защитил докторскую, Михаил Григорьевич подумал о моём дальнейшем устройстве и решил создать научно-патентный отдел с профессорской должностью. А затем он захотел взять меня в свои замы по науке, коим я и был де-факто 2 года. Согласовал вопрос с Обкомом партии, но в Минздраве спросили, как фамилия. «Лихтерман». «Исключено», – ответили Михаилу Григорьевичу. Он был обескуражен, а я больше радовался – не хотелось впрягаться в ярмо несвободы.

Михаил Григорьевич мне очень доверял. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что когда ему потребовалась поддержка Обкома партии, он попросил именно меня отправиться туда.

У Михаила Григорьевича было удивительное чутьё на новое. Я изложил ему свои планы создания совместно с Институтом прикладной физики АН СССР научно-исследовательского и клинично-диагностического центра теллорадиевидения, и он поддержал перспективную идею. Более того, выделил подкрепный пятый полужтаж, который мне удалось прилично переоборудовать, и дал необходимые кадры.

Михаил Григорьевич не хотел мешать моей карьере и, когда меня пригласили в Москву, выдал лучшую характеристику.

Покидали мы ГИТО одновременно. Помню пятиминутку в конце августа 1984 г. – коллектив провожал Михаила Григорьевича на пенсию, а меня – в столицу.

Но я с ним не расстался – писал, звонил, поздравлял, навещал и как друг и как врач. Успел на его 90-летие в 2006 г. Михаил Григорьевич вспоминал минувшее время, а я восхищался этим мудрым творцом.

Увы, через несколько месяцев его не стало. Нижегородский институт травматологии и ортопедии остался живым памятником своему главному создателю.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии
России.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

В конце номера

Недавно одна известная компания провела исследование роста жителей 200 стран. И был отмечен конкретный факт: Россия выросла на 10 см за 100 лет.

Российские женщины с 1914 г. выросли на 11,7 см, а мужчины – на 9,5. Исследование среднего роста 18-летних мужчин и женщин за последние 100 лет показало влияние на рост таких факторов, как питание, гигиена и здравоохранение конкретных стран.

Учёные из Имперского колледжа Лондона обработали порядка 1,5 тыс. источников, включая государственные исследования на тему здоровья населения и данные военных. Результатом стала информация о среднем росте и его изменении с 1914 до 2014 гг. для 18-летних людей из 200 стран.

Сильнее всего потянулись вверх южнокорейские женщины – на 20 см и иранские мужчины – на 16,5 см. А американские мужчины в 1960-х годах расти перестали вовсе: в 1914 г. они были на третьем месте по росту, а через 100 лет оказались на 37-м.

Мужчины из Южной Африки выросли за век всего на 1,4 см. Причиной этому могла стать экономическая ситуация в Африке 1980-х годов. Из-за последствий за этим кризиса в сфере здравоохранения, а также из-за плохого питания многие дети не смогли полностью реализовать свой потенциал роста.

Латвийские женщины стали самыми высокими – их средний рост составил 169,8 см. Среди мужчин рекордсмены – голландцы – 182,5 см. На другом конце спектра мужчины из Восточного Тимора оказались самыми низкорослыми – 159,8 см, а самыми невысокими женщинами стали гватемалки – их средний рост составил 149,4 см.

Авторы исследования говорят о том, что причиной увеличения роста стали достижения стран в области медицины, доступность разнообразного питания и гигиены. Генетика имеет большое влияние на рост отдельного индивидуума,

но средний рост населения от неё зависит в меньшей степени. Населения многих стран вырастет примерно одинаково, если будет находиться в одинаковых условиях.

Прибавление роста даёт преимущества. Во-первых, высокий рост связан с большей ожидаемой продолжительностью жизни. Во-вторых, он снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. В-третьих, статистически у высоких людей, оказывается, в среднем выше доход, высокие мужчины более привлекательны для противоположного пола. Есть и минусы – исследования выявили

повышенные риски ряда онкологических заболеваний.

Глобальная тенденция увеличения роста имеет важные последствия. «Наш рост сегодня сильно зависит от среды, в которой мы выросли. В свою очередь, наш рост влияет на продолжительность нашей жизни и на наше здоровье. Если мы дадим детям лучший старт в жизни сейчас, они будут более здоровыми и продуктивными на десятилетия вперёд», – говорит соавтор исследования Джеймс Бентам.

Владимир ПОЗДНЯКОВ.
По материалам The Guardian.

Растём, братцы, растём

С Сергеем Лидовым мы встретились на международной конференции онкологов. Я обратил внимание, как чётко, выверенно строит свою работу этот фотокорреспондент, фиксируя контакты, интересные эпизоды, моменты общения врачей. Мы познакомились. Мой собеседник оказался большим человеком – президентом Международной гильдии профессиональных фотографов средств массовой информации России. И захотелось понять, что он думает о своём, казалось бы, не самом престижном ныне, но таком архиважном занятии – создании фотолетописи сегодняшних будней...

– Как оно произошло – приобщение к профессии?

– Я родился в одном из лагерей ГУЛАГа в Казахстане, под Акмолинском (ныне Астана). Перед войной мама и ещё десять старших её одноклассниц оказались в Бутырке «за дружбу» с немецкой девушкой Эльзой, что училась с ними в школе. Так что я появился на свет с клеймом политзаключённого. Вообще-то, я из необычной семьи. Политзаключённым был мой дед, родом из Севастополя. Член партии с 17 лет, он в 30-е годы оказался «врагом народа». А вот дядя, брат мамы Михаил Лидов, был физиком, работал вместе с академиком Келдышем, стал лауреатом Ленинской премии за открытия в области космоса. Брат Алексей – искусствовед, только в этом году выпустил 8 книг, посвящённых искусству средних веков... Мне было 5 лет, когда бабушка возила меня в Ленинград и водила по залам Эрмитажа, Русского музея... Отсюда, наверное, чувство красоты. Учился в нефтяном институте. Мог бы стать нефтяником. Но увлекло фотодело.

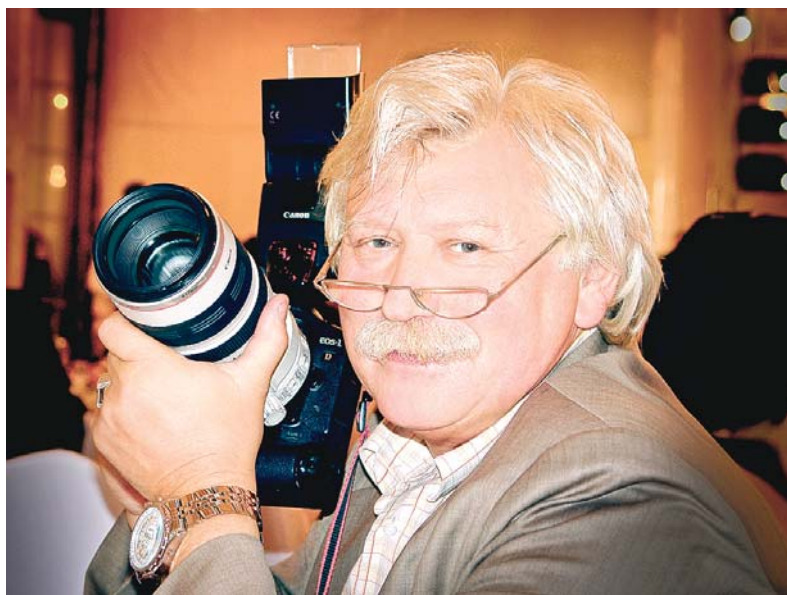
– Что для вас значит фотография сегодня?

– Согласно с медиками, когда они негодуют: «Мы заняты не обслуживанием, а служением»... Вот и фотокор для иных стал вроде охранника или волка-одиночки, который озабочен лишь поисками заработка. А между тем фотография – это высокое искусство. Без него нельзя представить современную жизнь. «С лейкой и блоком» мои старшие товарищи шли в пекло войны, чтобы запечатлеть мужество наших воинов. Фотокадры, что без ретуши, хранят память истории, воспитывая, порой обличая, возвращая истину.

Убеждён: мы недооцениваем роль фотографии для воспитания творческого начала, развития художественного вкуса молодёжи.

Сегодня фотограф, фоторепортёр может быть фотохудожником, рекламным специалистом. Кто-то, – как моя дочь, – билд-редактором, отбирая из сотен снимков самые удачные для оформителя издания...

Огорчает, что на грани ис-



Сергей Лидов:

Люблю смотреть на мир с высоты птичьего полёта...

чезновения такая важная профессия, как фотоочеркист. Она была одой из ведущих, когда я на правах внештатника трудился в АПН, работал в журнале «Советский Союз». Журнал выходил на 120 стран на 19 языках. Существенно, что российский вариант ничем не отличался от английского. Единственное – что по политическим мотивам отсутствовал лозунг «Пролетарии всех стран, соединяйтесь!»...

– И, конечно, это дело для вас на всю жизнь...

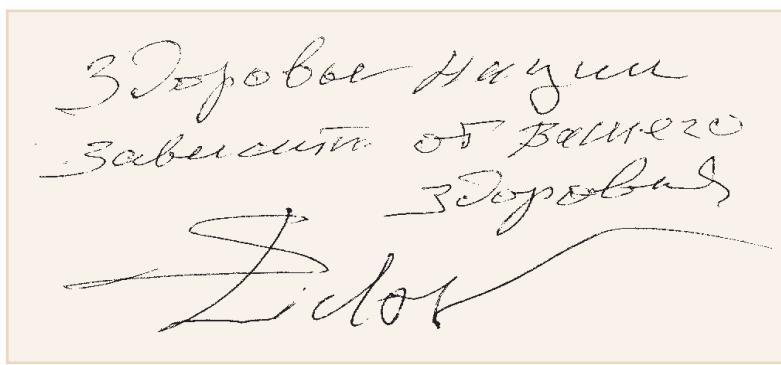
– Вот уже полвека живу в мире фотографии. Как-то подсчитал: отснял 41 км плёнки... И не устал. В бытность свою молодым фотокорреспондентом я делал фотоочерк о проблемах Азовского моря. Через объектив исследовал сложнейшую экономическую проблему погибающего уникального бассейна... Снимал рожениц, выражение их лиц, смену самых разных чувств. Страх. Боль. Радость.

Пожалуй, ещё один эпизод. Командировка в Киргизию. Задумал снять праздничную юрту. Попросил подогнать телескопическую вышку, чтобы сделать съёмку с верхней точки... Устройство оказалось с дефектом. Едва не свалился на собравшихся на чаепитие в юрте. К счастью, обошлось.

– Наверное, предпочитаете увидеть что-то особенное в объективе?

– Я всеяден. Пожалуй, даже излишне. Мне интересно всё. В архиве сотни портретов: общественные и политические деятели, работники культуры, дети, старики, картины природы, спорт.

Кого удалось «увечить»?



Мог бы назвать сотни знаковых имён... Отечественных и зарубежных. Отдельный фотоальбом посвятил своим друзьям. Дорожу подарком – специальным изданием Библии, которую получил из рук патриарха Алексия за фотосессию о нём.

Недавно съездил в Челябинск. Встречался с коллегой Сергеем Васильевым. Поздравил с 80-летием, побывал в его музее фотографии. Таких мастеров ещё поискать! Пять раз был победителем самого престижного международного фотофорума. В коллекции наград – две премии «Золотой глаз России».

– Помните свою первую публикацию?

– Конечно. 5 мая 1965 г. «Московская правда» опубликовала – «Из почты читателей» – мой снимок с подписью: «Электромонитор за работой на столбе».

– Какие работы у президента Международной гильдии профессиональных фотографов?

– У нас был институт журналистского мастерства. Где он? Нужно своё учебное заведение, официальное, где работали бы асы фотодела. Надо бы нам создать свой клуб, где бы встречалась молодёжь и при-

знанные мастера... Профессия ведь штучная.

Не оставляет идея сделать фотографию школьным уроком для мальчишек и девочек. Наряду с рисованием. Такой эксперимент, с согласия родителей, успешно идёт в двух столичных школах. Я вхожу в состав жюри конкурса «Моя семья», в котором участвуют дети, студенты. Именно здесь заявил о себе замысел – показать связь поколений, память об участниках Великой Отечественной войны. Он нашёл своё воплощение в «Бессмертном полке».

Не угасает мечта – создать музей истории страны в фотографиях, где представить фотографов разных времён, начиная

– Какое качество особо цените в коллегах?

– Женщин, как известно, отличает любопытство. Так вот, у настоящего фотокора его должно быть на порядок больше.

– Ваши контакты с медициной?

– Их много. Собственно говоря, медицинская тематика открыла мою профессиональную карьеру. Это едва ли не первый мой репортаж «Скорая помощь «03». В известной на то время газете. Вместо трёх полос мне дали четыре разворота. Текст открывала фотография: «скорая» мчится по ночному Новому Арбату... Меня поздравили с удачей тогдашние мэтры. Среди первых работ – репортажи из родильных

домов. А потом встречи с такими великими врачами, как Евгений Чазов, Валерий Шумаков... Ещё не остыл от международной встречи онкологов.

Не скрою: огорчает, что сегодняшнее здравоохранение растеряло многое из того, чем славилась «наша» медицина. Говорю, прежде всего, о её доступности для рядового пациента. Настораживает расползание платных услуг... Хотел бы, чтобы в любой момент, если возникнет необходимость, я мог бы сдать любые анализы, проверить сердце... Поэтому в первую очередь я желаю здоровья медикам. Ведь от них напрямую зависит здоровье нации.

– Ваши внерабочие увлечения?

– Во время отпуска нахожу минуты порисовать. Предпочитаю масло – портреты людей, природу. Поездки подсказали ещё одно хобби. Собрал занятную коллекцию утвари из красной меди – бухарские кумганы, русские братины и самовары, узбекские кувшины и ведра...

– Напряжённый ритм жизни, наверное, требует иногда разрядки...

– Раз в год предпочитаю вырваться на отдых в любимую Абхазию. Обычно живу в пяти минутах езды на велосипеде от моря. Фрукты, парная козлятина, буйволиное молоко, разнообразная столовая зелень – всё это помогает восстанавливать силы... Сказывается и то, что когда-то, юным, плавал, занимался карате, спортивной гимнастикой.

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00371 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.